

KALLELSE

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2022-06-16



Tid	Kl. 08.30
Plats	Knutpunkten, Ale seniorcentrum, Älvängen
Ledamöter	Tyrone Hansson (FIA), ordförande Dennis Ljunggren (S), 1:e vice ordförande Lars Kopp (M), 2:e vice ordförande Elaine Björkman (S) Karin Heimdal (S) Renée Palmnäs (FIA) Jenny Sandkvist (MP) Christer Pålsson (V) Puck Jonson Palm (SD) Rune Karlsson (SD) Inga-Lena Lindenau (L)
Ersättare	Sandi Nordin (S) Monika Hermansson Westberg (S) Krister Hemström Bergenhus (S) Kristina Fogelklou (M) Fuad Karimli (C) Ann-Sofie Hellvard (V) Birgit Hansson (KD) Hanna Bendz (C) Fredrik Nykvist (SD) Annica Westdahl Eriksson (SD) Eva Lans Samuelsson (L)
Övriga	Jennifer Pettersson, nämndsekreterare Ebba Gierow, sektorchef Ulrika Johansson, verksamhetschef ordinärt boende Ann-Sofie Borg, verksamhetschef särskilda boenden och hälso- och sjukvård Tajja Tuomilehto Holmberg, verksamhetschef funktionsstöd Iréne Blomqvist, verksamhetschef individ- och familjeomsorg Mattias Leufkens, administrativ chef enheten för ledningsstöd och utveckling Sandra Olsson, enhetschef bemanningsplaneringsenheten Helena Wixe, controller Jenny Erixon, controller Agnes Björnsdotter, socialsekreterare Josefin Thorn Tuvestad, kommunjurist Hanna Kämpe, verksamhetsutvecklare Ulrika Sten Sporrang, enhetschef arbetsmarknads-och

FÖREDRAGNINGSLISTA

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2022-06-16



Ärenden

Föredragande

Tid

försörjningsstödsenheten
Evelina Lönnfors, förste socialsekreterare
Personalföreträdare med närvarorätt

Förhinder att närvara anmäls till Jennifer Pettersson, tel 0303-70 36 72 eller jennifer.pettersson@ale.se.

Tyrone Hansson
Ordförande



Ärenden	Föredragande	Tid
A	Upprop	
B	Justering	
1.	S.N.2022.1 - Fastställande av föredragningslista	Kl. 08.35-08.40
2.	S.N.2022.3 - Ekonomisk månadsuppföljning	Sektorledning och controllers Kl. 08.40-09.25
3.	S.N.2022.7 - Individärende-faderskapsutredning	Ebba Gierow Kl. 09.25
4.	S.N.2022.7 - Individärende- upphörande av umgängesbegränsning	Ebba Gierow
5.	S.N.2022.7 - Individärende- upphörande av umgängesbegränsning	Ebba Gierow
6.	S.N.2022.7 - Individärende-särskild förordnad vårdnadshavare	Ebba Gierow
7.	S.N.2022.7 - Individärende-särskild förordnad vårdnadshavare, vårdnadsöverflyttning	Ebba Gierow
8.	S.N.2022.7 - Individärende-övervägande av umgängesbegärsning samt hemlighållande av vistelseort	Iréne Blomqvist 09.35 FIKA Kl. 09.35-09.50
9.	S.N.2022.144 - Revisionsrapport - Grundläggande granskning, kommunrevisionen	Hanna Kämpe och Ebba Gierow Kl. 09.50-10.10
10.	S.N.2021.236 - Kommunrevisionens granskning av myndighetsutövning	Ulrika Sten Sporrang och Evelina Lönnfors Kl. 10.10-10.30

FÖREDRAGNINGSLISTA

Socialnämnden

Sammanträdesdatum: 2022-06-16



Ärenden	Föredragande	Tid
avseende ekonomiskt bistånd, med hjälp av Ernst & Young		
11. S.N.2022.163 - Revidering av riktlinjer för färdtjänst	Iréne Blomqvist och Agnes Björnsdotter	Kl.10.30-10.55
12. S.N.2022.30 - Revidering av socialnämndens delegationsordning avseende beslut att begära polishandräckning enligt 43 § 1 stycket 2 p LVU	Iréne Blomqvist	Kl. 10.55- 11.05
13. S.N.2022.30 - Revidering av socialnämndens delegeringsordning- Tillfällig delegering av beslutanderätt i alkohol- och tobaksärenden	Mattias Leufkens	Kl. 11.05-11.15
14. S.N.2022.2 - Information sommarsatsningen 2022	Iréne Blomqvist och Ebba Gierow	Kl 11.15- 11.35
15. S.N.2022.147 - Utlysning av statsbidrag till kommuner för 2022 för habiliteringsersättning, Dnr 9.2-11543/2022, Rekvisitionen har Dnr 15126/2022	Taija Tuomilehto Holmberg	Kl 11.35- 11.45 LUNCH KI 11.45-12.45
16. S.N.2022.125 - Modell för hyreshöjningar 2023	Mattias Leufkens	Kl 12.45-13.10
17. S.N.2022.127 - Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser	Josefin Thorn Tuvestad och Ebba Gierow	Kl. 13.10-
18. S.N.2022.126 - Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård		13.50 FIKA KI 13.50-14.05



Ärenden	Föredragande	Tid
19. S.N.2022.9 - Ej verkställda beslut enligt LSS 2022	Mattias Leufkens	Kl 14.05-14.10
20. S.N.2022.8 - Ej verkställda beslut enligt SoL 2022	Mattias Leufkens	Kl. 14.10-14.25
21. S.N.2022.182 - Återöppning av avdelning på Fridhems särskilda boende, Surte	Ann-Sofie Borg	Kl. 14.25-14.40
22. S.N.2022.2 - Information omorganisation sektor socialtjänst	Ebba Gierow	Kl 14.40-15.10
23. S.N.2022.2 - Information hantering ersättning för sommarvikairer	Ebba Gierow	Kl. 15.10-15.25
24. S.N.2022.4 - Anmälan av delegeringsbeslut		Kl. 15.25-15.30
25. S.N.2022.5 - Redovisning av underrättelser, beslut och domar		Kl. 15.30-15.35
26. S.N.2022.2 - Information och övriga frågor		Kl 15.35-15.45



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.144

Datum:

Verksamhetsutvecklare Hanna Kämpe

Socialnämnden

Åtgärdsplan gällande rekommendationerna från revisionsrapporten 2021

Förslag till beslut

1. Socialnämnden beslutar att
anta åtgärdsplan gällande rekommendationerna från revisionsrapporten 2021.
2. Socialnämnden beslutar att
översända svaret till revisionen som sitt eget yttrande.
3. Socialnämnden beslutar att
omedelbart justera paragrafen.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Utifrån kommunallagen 12 kap. 1 § ska revisorerna årligen granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden. Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag för ansvarsprövningen genom att översiktligt granska all verksamhet i enlighet med kommunallagen och god revisionsred. Revisionen har granskat och lämnat rekommendationer till nämnden utifrån målstyrning och arbetet med intern kontroll. I revisionens följebrev önskas svar från nämnden senast den 16 juni. En åtgärdsplan har tagits fram i syfte att besvara revisionens frågeställningar och lyfta hur nämnden går vidare med arbetet utifrån de rekommendationer som framförts i revisionsrapporten 2021. Förvaltningen bedömer sammantaget att åtgärderna kommer stärka arbetet med målstyrningen och tillse att arbetet med intern kontrollen antas i enlighet med riktlinjer.

Ebba Gierow

Hanna Kämpe

Sektorchef

Verksamhetsutvecklare

**Beslutsunderlag**

Tjänsteutlåtande,

Revisionsrapport – Grundläggande granskning

Revisionens följebrev

Åtgärdsplan gällande revisionsrapporten 2021

Beslutet skickas till:

För kännedom:

Revisionen

Ärendet

Utifrån kommunallagen 12 kap. 1 § ska revisorerna årligen granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden. Styrelse och nämnders ansvar för verksamheten regleras i kommunallagen 6 kap. 6 §. Där framgår att nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag för ansvarsprövningen genom att översiktligt granska all verksamhet i enlighet med kommunallagen och god revisionsred. Revisionen har granskat och lämnat rekommendationer till styrelse och nämnder utifrån områdena styrning, uppföljning och intern kontroll.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderade revisionen nämnden att:

- Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

I revisionens följebrev önskas svar från nämnden senast den 16 juni utifrån följande frågeställningar:

- Vilka åtgärder avser nämnden att vidta med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?
- När avser nämnden att vidta eventuella åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten samt när planeras åtgärderna att vara genomförda?
- Vilken verksamhet och/eller funktion i förvaltningen ansvarar för att genomföra beslutade åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?

En åtgärdsplan har tagits fram i syfte att besvara revisionens frågeställningar och lyfta hur nämnden går vidare med arbetet utifrån de rekommendationer som framförts i revisionsrapporten 2021.

Ekonomisk bedömning

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Av framtagen åtgärdsplan framgår hur förvaltningens åtgärder är kopplade till revisionens rekommendationer, vilken funktion som är ansvarig samt när åtgärderna planeras vara genomförda.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen har tagit fram en åtgärdsplan som svar på revisionen begäran i enlighet med frågeställningarna i följebrevet till revisionsrapporten 2021. Åtgärdsplanen behandlar de rekommendationer som framförts av revisionen. Förvaltningen bedömer sammantaget att åtgärderna kommer stärka arbetet med målstyrningen och tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med gällande riktlinjer.

Ale kommun

Grundläggande granskning 2021



Building a better
working world

Innehållsförteckning

1.	Inledning	4
2.	Granskningens utgångspunkter	5
3.	Kommunstyrelsen	6
4.	Kultur- och fritidsnämnden.....	8
5.	Samhällsbyggnadsnämnden	10
6.	Servicenämnden.....	12
7.	Socialnämnden.....	14
8.	Utbildningsnämnden.....	16
9.	Överförmyndarnämnden.....	18
10.	Tillitsbaserad styrning	20
11.	Sammanställd bedömning per nämnd.....	21
12.	Samlad bedömning	22

Bilaga 1: Bakgrund till granskningen

Bilaga 2: Revisionskriterier

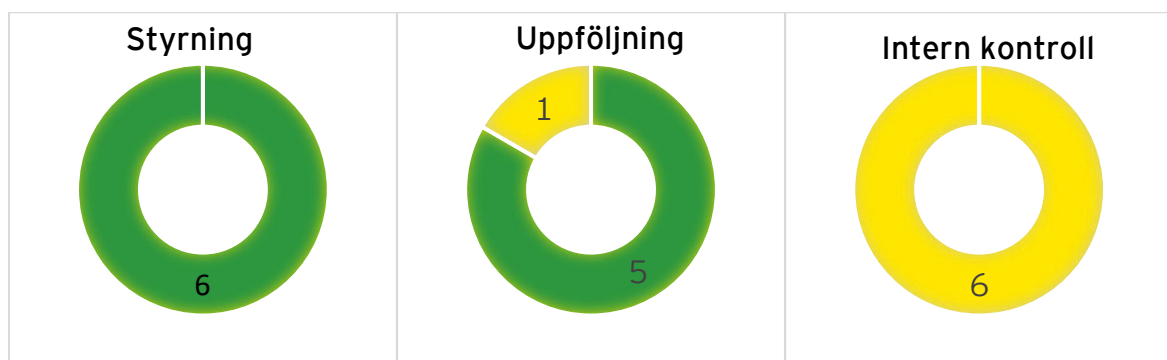
Bilaga 3: Källförteckning

Bilaga 4: Resultat av nämnddialoger

Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en grundläggande granskning av nämnderna i Ale kommun. Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för ansvarsprövningen genom att översiktligt granska all verksamhet i enlighet med kommunallagen och God revisionsledning. Granskningen omfattar kommunstyrelsen och samtliga nämnder och har genomförts genom protokollsgranskning, dokumentstudier och nämnddialoger med styrelsens och nämndernas presidier. I figuren nedan redovisas granskningens sammanställda bedömning per nämnd och styrelsen utifrån områdena styrning, uppföljning och intern kontroll.

Figur 1. Sammanställd bedömning av kommunens nämnder och styrelsen



- Antal av styrelse/nämnder som **säkerställt, i allt väsentligt** eller **i huvudsak** säkerställt tillräcklig styrning/uppföljning/kontroll i enlighet med kommunens styrmodell
- Antal av styrelse/nämnder som **delvis** eller **i viss utsträckning** säkerställt tillräcklig styrning/ uppföljning/kontroll i enlighet med kommunens styrmodell
- Antal av styrelse/nämnder som **inte** eller **i begränsad** utsträckning säkerställt styrning/ uppföljning/kontroll i enlighet med kommunens anvisningar

I granskningen har förbättringsområden identifierats.

Vi rekommenderar kommunstyrelsen att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Säkerställa att uppsiktsplikten över bolag uppfylls
- ▶ Säkerställa att arbetet med intern kontroll följer kommunens riktlinjer

Vi rekommenderar kultur- och fritidsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden, service-nämnden, socialnämnden, utbildningsnämnden samt överförmyndarnämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

Utöver ovan rekommenderar vi även utbildningsnämnden att:

- ▶ Stärka uppföljningen av nämndens budget för att säkerställa budget i balans

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Enligt kommunallagen 12 kap. 1 § ska revisorerna årligen granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden i den omfattning som följer av God revisionsred. Styrelse och nämnders ansvar för verksamheten regleras i kommunallagen 6 kap. 6 §. Där framgår att nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med den grundläggande granskningen är att ge revisorerna underlag för ansvarsprövningen genom att översiktligt granska all verksamhet i enlighet med kommunallagen och God revisionsred.¹ Den grundläggande granskningen syftar till att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Har kommunstyrelsen säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt?
- ▶ Har kommunstyrelsen och nämnderna säkerställt en tillräcklig intern kontroll? Det vill säga i enlighet med kraven i kommunallagen samt kommunens styrmodell.
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering? Det vill säga i enlighet med kraven i kommunens styrmodell.
- ▶ Hur påverkar den tillitsbaserade styrningen möjligheten att följa upp verksamheten?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, bedömningar och slutsatser. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen 6 kap. 1 §, om kommunstyrelsens ansvar att leda och samordna kommunens angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas verksamhet
- ▶ Kommunallagen 6 kap. 6 § om nämnders ansvar att verksamheten bedrivs i enlighet med föreskrifter, fullmäktiges mål och riktlinjer samt med tillräcklig intern kontroll
- ▶ Kommunfullmäktiges mål och uppdrag i budget 2021
- ▶ Vision 2025 Lätt att leva och tillhörande strategisk plan
- ▶ Riktlinjer för intern styrning och kontroll i Ale kommun
- ▶ Riktlinjer för intern kontroll i Ale kommun
- ▶ Policy för intern kontroll i Ale kommun

Bakgrunden till granskningen samt metod beskrivs i bilaga 1.

Kommunens styrmodell beskrivs i bilaga 2.

Granskningens källförteckning återfinns i bilaga 3.

Resultat av nämnddialoger beskrivs i bilaga 4.

¹ Kommunrevisionen har under 2021 även genomfört fördjupade granskningar och granskningar inom ramen för redovisningsrevisionen som utgör grund för ansvarsprövningen.

2. Granskningens utgångspunkter

Avsnittet beskriver granskningens utgångspunkter utifrån krav på kommunstyrelse och nämnder i kommunens styrmodell samt i kommunallagen.

Följande ramverk av revisionskriterier bygger på Ale kommuns styrmodell såsom den är beskriven i *budget och verksamhetsplan 2021, riktlinjer för intern styrning och kontroll* samt *policy för intern kontroll*. Vidare bygger ramverket på kommunstyrelsens och nämndernas *reglementen*. Ramverket beskriver hur styrelsen och nämnderna ska arbeta med styrning, uppföljning och intern kontroll. Ramverket är utgångspunkten för de avvikelser som redogörs för i efterföljande kapitel.

Utifrån styrmodellen och anvisningar är vår tolkning att styrelse och nämnder ska ha genomfört följande för att ha säkerställt dels att verksamhet och ekonomi styrs och följs upp utifrån de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, dels ett tillräckligt internkontrollarbete:

- ▶ **Tillräcklig styrning för att leva upp till mål, beslut och föreskrifter**
 - A1. Brutit ned fullmäktiges mål till egna mål
 - A2. Måluppfyllelse i arbetet med fullmäktiges mål

- ▶ **Tillräcklig uppföljning av verksamhet och ekonomi**
 - B1. Följt upp nämndens verksamhet och måluppfyllelse löpande
 - B2. Följt upp nämndens ekonomi löpande
 - B3. Följt upp avvikelser i ekonomi och måluppfyllelse samt vidtagit åtgärder för budget i balans och god måluppfyllelse
 - B4. Löpande utövat uppsikt över nämnder och bolag (KS)

- ▶ **Systematiskt arbete med intern kontroll i verksamheten**
 - C1. Arbetat fram och dokumenterat en riskanalys
 - C2. Fastställt en internkontrollplan i enlighet med riktlinjer och policy
 - C3. Följt upp nämndens arbete med intern kontroll, och rapporterat till kommunstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut
 - C4. Granskat innevarande års interna planer för styrning och kontroll senast i december samt utvärderat kommunens arbetssätt för intern kontroll (KS)

3. Kommunstyrelsen

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende kommunstyrelsens styrning, uppsikt, uppföljning samt interna kontroll. Därefter redogörs resultat av dialog med kommunstyrelsens presidium. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

3.1. Iakttagelser

3.1.1. Styrning

Av utkast till kommunens årsredovisning för 2021 framgår att de två strategiska målsättningarna *hälsa och välbefinnande* samt *kunskap och utbildning* bedöms ha *viss* måluppfyllelse. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur bedömningen av måluppfyllelsen för de strategiska målsättningarna har genomförts och vad bedömningen baseras på. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfyllda. Ingen tydlig bedömning sker heller av de fokusområden som kopplas till de strategiska målsättningarna. Detsamma gäller för kommunstyrelsens årsredovisning för 2021. Detta sammantaget medför svårigheter att kunna följa om kommunfullmäktiges mål omhändertas.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende kommunstyrelsens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

3.1.2. Uppföljning

Kommunstyrelsen har enligt utkast till årsredovisning för 2021 ett överskott om cirka 17,5 mnkr, om kommunens förändring av pensioner undantas². Överskottet följer av att centrala medel för oförutsedda kostnader förblivit outnyttjade under året.

Av protokoll framgår inte att kommunstyrelsen utövat uppsikt över kommunens bolag, utöver delårsrapport 2.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av kommunens ekonomi och verksamhet samt löpande uppsikt över nämnder och bolag.

3.1.3. Intern kontroll

Kommunstyrelsen antog intern kontrollplan för 2021 senare än riktlinjer för intern styrning och kontroll föreskriver. Planen antogs i januari 2021 men riktlinjerna anger att planen ska antas senast i december året innan. Av planen framgår inte till vem granskning ska rapporteras samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs, vilket riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen.

Kommunstyrelsen har granskat nämndernas uppföljning av interna kontrollplaner senare än vad riktlinjer för intern styrning och kontroll föreskriver. Riktlinjerna anger att kommunstyrelsen senast i december ska granska innevarande års planer³. Detta har skett i mars 2022.

² En pensionsavsättning av engångskaraktär medför ett kraftigt underskott för kommunstyrelsen.

³ Riktlinjer för intern styrning och kontroll som gäller från 1 januari 2022 anger att granskningen ska ske senast den 28 februari.

Vid helårsuppföljning av kommunstyrelsens interna kontrollplan framgår att en kontroll är pågående med avvikelse och att fyra kontroller är pågående.⁴

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt utvärdering av kommunens arbetssätt för intern kontroll.

3.2. Resultat av dialog med kommunstyrelsens presidium

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med kommunstyrelsens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

- ▶ Kommunstyrelsen uppger att det finns utmaningar kopplat till personal och kompetensförsörjning. Det upplevs finnas behov för kommunen att arbeta med att skapa attraktivitet för att arbeta i offentlig sektor. Vid dialogen lyfts en framtida utmaning med bemanning inom äldreomsorg och skola som riskerar kräva att personal hyrs in, vilket leder till högre kostnader. Vidare framförs att kommunstyrelsen behöver arbeta mer aktivt med kort- och långtidssjukfrånvaro, arbete som blivit uppskjutet under pandemin. Pandemin har även ökat behovet av ett välfungerande arbetsmiljöarbete, då läget varit ansträngt till följd av personalbrist inom exempelvis socialtjänsten.
- ▶ Kommunstyrelsen lyfter att kommunen i dagsläget saknar godkända detaljplaner som inkluderar skolfastigheter. Det medför en risk att kommunen i framtiden kan behöva hyra in sig i lokaler vilket är kostsamt. Kommunstyrelsen är medveten om problematiken och det hanteras. Däremot lyfts att utvecklingsarbetet som pågår kopplat till samhällsbyggnad inte kommit så långt som önskat.

3.3. Vår bedömning

Vi bedömer att kommunstyrelsen i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Granskningen visar att två strategiska målsättningar bedöms uppnå viss måluppfyllelse. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur kommunstyrelsen gjort bedömningen att samtliga av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar bedöms uppfyllas. Det är vår bedömning att kommunstyrelsen bör formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse. Detta för att säkerställa en tydlig styrning avseende målarbetet.

Vi bedömer att kommunstyrelsen i huvudsak har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering. Granskningen visar på ett överskott mot budget för kommunstyrelsen 2021. Av protokoll framgår inte att kommunstyrelsen utövat uppsikt över bolag.

Vi bedömer att kommunstyrelsen delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Granskningen visar att kommunstyrelsen i sitt arbete med intern kontroll inte följt riktlinjer för intern styrning och kontroll vad gäller när planen antagits, planens innehåll samt när granskning av nämndernas interna planer skett.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Säkerställa att uppsiktsplikten över bolag uppfylls
- ▶ Säkerställa att arbetet med intern kontroll följer kommunens riktlinjer

⁴ Kontrollen till området *ansökan om bidrag* är pågående med avvikelse. Kontroller till områdena *digitala möten via Teams, Zoom etc, kompetensförsörjning och verksamhetsutövning* är pågående.

4. Kultur- och fritidsnämnden

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende kultur- och fritidsnämndens styrning, uppföljning samt interna kontroll. Därefter redogörs resultat av dialog med nämndens presidium. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

4.1. Iakttagelser

4.1.1. Styrning

Av kultur- och fritidsnämndens utkast till årsredovisning för 2021 framgår att uppdraget att upprätta ny biblioteksplan är avslutat med avvikelse.⁵ Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen att samtliga av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar uppfylls. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfyllda. Vi noterar även att nämnden till vissa målsättningar fastställt mått med målvärden, till skillnad från vissa övriga nämnder.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende nämndens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

4.1.2. Uppföljning

Nämnden har enligt utkast till årsredovisning för 2021 ett underskott om 1,3 mnkr. Underskottet är en följd av nämndens beslut om återstart av föreningslivet efter pandemin samt feriearbete för ungdomar i föreningsregi. Besluten och underskottet har enligt protokoll godkänts av kommunfullmäktige.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av nämndens ekonomi och verksamhet.

4.1.3. Intern kontroll

Nämndens interna kontrollplan för 2021 anger inte ansvarig funktion för fyra kontroller⁶, vem granskning ska rapporteras till samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs. Samtliga dessa delar är sådant som riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen.

Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår att en kontroll är pågående med avvikelse och att två är pågående.⁷

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt uppföljning och rapportering av intern kontrollplan.

4.2. Resultat av dialog med kultur- och fritidsnämnden

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med nämndens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

⁵ Uppdraget kopplas till målsättningen *kunskap och utbildning*. Ny plan planeras fastställas under 2022.

⁶ Det avser kontrollerna *kontroll av att delegeringsbeslut rapporteras, undersöka 2019 års anställningar, granska löneutbetalning samt inventera musikinstrument*.

⁷ Kontrollen kopplat till området *kontroll av lönehantering* är pågående med avvikelse. Kontroller kopplade till områdena *anställningsprocess* samt *verksamhet* är pågående.

- ▶ Nämnden ser en utmaning kopplat till målstyrning och fastställande av mått. Verksamhetsplanen har flertalet mått som är kvantitativa. Det upplevs finnas behov av att utvärdera huruvida det bör inkluderas kvalitativa mått för att inkludera kvalitetsarbetet.
- ▶ Nämnden lyfter att det är en utmaning att antalet barn och unga ökar i kommunen samtidigt som nämndens ekonomi blir allt mer ansträngd. Det sker även en minskning av antalet aktiva i föreningslivet vilket är en utmaning för nämndens verksamhet.
- ▶ Nämnden ser risker kopplat till personalläget. Personalomsättningen har ökat inom kulturskolan och antalet platser har minskat. Under 2021 har sjukfrånvaron däremot minskat.

4.3. Vår bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering. Nämnden har ett underskott mot budget om 1,3 mnkr för 2021.

Vi bedömer att nämnden delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Det framgår att kontrollplanens innehåll inte följer riktlinjer för intern styrning och kontroll. Vid uppföljning per helår framgår en kontroll som pågående med avvikelse och två som är pågående.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi nämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

5. Samhällsbyggnadsnämnden

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende samhällsbyggnadsnämndens styrning, uppföljning samt interna kontroll. Därefter redogörs för resultat av dialog med nämndens presidium. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

5.1. Iakttagelser

5.1.1. Styrning

Av samhällsbyggnadsnämndens utkast till årsredovisning för 2021 framgår att nämnden inte ger en bedömning av måluppfyllelsen för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar *kunskap och utbildning* samt *ett Ale*. Därtill framgår att sex uppdrag bedöms vara pågående med avvikelser samt att två uppdrag inte är påbörjade.⁸ Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfyllda. Vi noterar även att nämnden till vissa målsättningar fastställt mått med målvärden, till skillnad från vissa övriga nämnder.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende nämndens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

5.1.2. Uppföljning

Samhällsbyggnadsnämndens skattefinansierade verksamhet har enligt utkast till årsredovisning för 2021 ett underskott om 0,1 mnkr, taxefinansierade verksamheten har ett överskott om 1,6 mnkr. Tidigare delårsrapporter prognostiserade ett större underskott till följd av extra engångssatsningar som beviljats mot bakgrund av att kommunen prognostiserade ett överskott.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av nämndens ekonomi och verksamhet.

5.1.3. Intern kontroll

Nämndens interna kontrollplan för 2021 anger inte ansvarig funktion för fyra kontroller⁹, vem granskning ska rapporteras till samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs. Samtliga dessa delar är sådant som riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen.

⁸ Uppdragen att *ta fram styrdokument som beskriver processen, att leda och samordna dialogen med övriga sektorer, att ta fram en prioriteringsordning för framtida utveckling av de fem stationssamhällena, att ta fram en vision utifrån prioriteringsordningen, att säkerställa plan för finansiering och genomförande av infrastruktur inom Nödinge föp* samt att *inventera otrygga busshållplatser och lämna rapport* bedöms vara pågående med avvikelse. Uppdragen att *genomföra övertagandet av vägföreningar och lekplatsplan* bedöms inte vara påbörjade.

⁹ Det avser kontrollerna av områdena *kontrollera att avrop sker enligt korrekt avtal, fakturering har gjorts enligt gällande taxa* och *undersöka nyanställdas uppfattning om introduktionen*.

Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår att två kontroller är pågående med avvikelse och att en kontroll inte är påbörjad.¹⁰

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt uppföljning och rapportering av intern kontrollplan.

5.2. Resultat av dialog med samhällsbyggnadsnämnden

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med nämndens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

- ▶ Nämnden uppger att en genomlysning pågår av hela samhällsbyggnadsprocessen. I genomlysningen ingår bland annat att se över organisationen utifrån kommunens tillväxt som ökar vilket ställer krav på organisationen. En följd av detta är att det behövs fler bostäder, då befolkningen kommer fördubblas till 2050.
- ▶ Nämnden framför att det är en utmaning att organisationen inte växt i den utsträckning som krävs för att kunna möta den ökade efterfrågan, exempelvis kopplat till bygglov. Det upplevs vara svårt att rekrytera kompetens. Bygglovsverksamheten har haft dåliga värden i flera mätningar och nämnden arbetar med att åtgärda detta. Inom bygglov har nämnden svårt att hålla tidsbrister vilket leder till minskade intäkter. Samtidigt påtalas att den höga arbetsbelastningen medför att verksamhetsutveckling nedprioriteras. Att hantera detta ingår i genomlysningen som pågår.

5.3. Vår bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Granskningen visar dock att nämnden saknar bedömning av måluppfyllelse för två strategiska målsättningar, att sex uppdrag är pågående med avvikelser samt att två inte är påbörjade. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering.

Vi bedömer att nämnden delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Det framgår att kontrollplanens innehåll inte följer riktlinjer för intern styrning och kontroll. Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår två kontroller som pågående med avvikelse och att en kontroll som inte är påbörjad.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi nämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

¹⁰ Kontrollerna som är pågående med avvikelse är kopplat till områdena *uppföljning av betalda leverantörsfakturer* samt *kontroll av löner*. Kontrollerna som ej är påbörjad är kopplat till området *kompetensutvecklingsplaner*.

6. Servicenämnden

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende servicenämndens styrning, uppföljning samt interna kontroll. Därefter redogörs för resultat av dialog med nämndens presidium. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

6.1. Iakttagelser

6.1.1. Styrning

Av servicenämndens utkast till årsredovisning för 2021 framgår att sex uppdrag bedöms vara pågående med avvikelser samt att två aktiviteter kopplat till nämndens mål och uppdrag inte är genomförda.¹¹ Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen att sex av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar uppfylls. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfyllda. Ingen tydlig bedömning sker heller av de fokusområden som kopplas till de strategiska målsättningarna.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende nämndens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

6.1.2. Uppföljning

Servicenämnden har enligt utkast till årsredovisning ett underskott på 5 tkr.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av nämndens ekonomi och verksamhet.

6.1.3. Intern kontroll

Av nämndens intern kontrollplan för 2021 framgår inte till vem granskning ska rapporteras samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs, något som riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen. Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår två kontroller som är pågående och två kontroller där status ej ges.¹²

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt uppföljning och rapportering av intern kontrollplan.

6.2. Resultat av dialog med servicenämnden

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med nämndens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

¹¹ Uppdragen att utreda om nämndens lokalbestånd kan erbjuda lokala arbetsplatser för allmänheten, att utreda möjligheten till samordnad varudistribution i kommunen, att utreda möjligheter till 3D fastighetsbildning eller byggnation, att se över effektiviseringsmöjligheter inom IT och fordonshantering samt att samordna arbetet med att skapa "ett Ale" bedöms vara pågående med avvikelse. Aktiviteter kopplat till nämndens mål att sektorn har en utvecklad servicekultur med känsla av sammanhang och helhetssyn som präglar medarbetare och chefer och nämndens uppdrag att skapa struktur för och genomför regelbunden utvärdering av den tillitsbaserade styrningen bedöms ej vara genomförda.

¹² Kontrollerna som är pågående avser underhåll och lokalförsörjningsprocessen. Kontrollerna som det ej ges status för avser IT-drift och finansiering av verksamhet.

- ▶ Nämnden framför att lokalförsörjningsprocessen tidigare haft vissa brister. Nämnden har i uppdrag att samordna processen och verksamheternas behov. En analys av processen sker i samband med att hela samhällsbyggnadsprocessen ses över. Nämnden har tidigare saknat en underhållsplan utan istället gjort statusbesiktningar av sina fastigheter.
- ▶ Nämnden uppger att det i dagsläget upplevs saknas utrymme till att göra fler effektiviseringar. Nämnden har tidigare behövt göra besparingar vilket föranlett att det saknas medel för oförutsedda händelser och kostnader men även att det saknas utrymme för att utveckla verksamheten.
- ▶ Nämnden framför att de upplever brist på kockar, projektledare och byggnadsingenjörer.

6.3. Vår bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Granskningen visar att sex uppdrag bedöms vara pågående med avvikelser samt två aktiviteter kopplat till nämndens mål och nämndens uppdrag ej vara genomförda. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering.

Vi bedömer att nämnden i delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Det framgår att kontrollplanens innehåll inte följer riktlinjer för intern styrning och kontroll. Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår två kontrollmoment som är pågående och två kontrollmoment där status ej ges.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi nämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

7. Socialnämnden

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende socialnämndens styrning, uppföljning samt interna kontroll. Därefter redogörs för resultat av dialog med nämndens presidium. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

7.1. Iakttagelser

7.1.1. Styrning

Av socialnämndens utkast till årsredovisning för 2021 bedömer nämnden *viss måluppfyllelse* för två av de strategiska målen. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen att fyra av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar uppfylls. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfyllda.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende nämndens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

7.1.2. Uppföljning

Nämnden har enligt utkast till årsredovisning för 2021 ett överskott om cirka 20 mnkr. Överskottet följer främst av statlig ersättning för sjukfrånvaro till följd av pandemin samt statliga stimulansmedel till äldreomsorgen.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av nämndens ekonomi och verksamhet.

7.1.3. Intern kontroll

Nämndens interna kontrollplan för 2021 anger inte ansvarig funktion för en kontroll¹³, vem granskning ska rapporteras till samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs. Samtliga dessa delar är sådant som riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen.

Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår en kontroll som är avslutad med avvikelse.¹⁴

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt uppföljning och rapportering av intern kontrollplan.

7.2. Resultat av dialog med socialnämnden

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med nämndens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

- ▶ Nämnden framför att en eventuellt ny socialtjänstlag kommer att innebära en utmaning och ett förändrat arbetssätt för nämnden. Det skulle medföra mer främjande insatser, vilket kommer påverka planeringen för verksamheten. Därtill påtalas att en eventuell omorganisation av Arbetsförmedlingen kommer att påverka nämndens verksamhet. Det uppges finnas en risk att kommunens arbete med arbetsmarknadsinsatser kan komma att bli fokuserat på de personer som står längst ifrån arbetsmarknaden.

¹³ För kontrollen kopplat till risk för att lokaler inte uppfyller gällande lagkrav.

¹⁴ Det avser kontrollen *handläggning- och ärendehanteringsprocessen*.

- ▶ Nämnden uppger att bostadsbrist och lokalbrist är en utmaning. Den demografiska utvecklingen ökar även behovet av platser på särskilt boende och nybyggnation är nödvändigt. Nya boenden inom äldreomsorg och funktionsstöd leder delvis till högre kostnader. Nämnden har inte klarlagt huruvida de ska äga eller hyra lokaler och byggnader.
- ▶ Inom individ- och familjeomsorg lyfter nämnden att det finns risk för ökade kostnader på grund av pandemin som medför en ökad arbetslöshet. Det framförs att det är en utmaning att arbeta med ettåriga budgetar då nämnden arbetar med långsiktiga behov.

7.3. Vår bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Granskningen visar att två av de strategiska målsättningarna för 2021 bedöms uppnå *viss måluppfyllelse*. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering. Vi noterar att nämnden har ett överskott mot budget för 2021.

Vi bedömer att nämnden delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Det framgår att kontrollplanens innehåll inte följer riktlinjer för intern styrning och kontroll. Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår en kontroll som är avslutad med avvikelse.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi nämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

8. Utbildningsnämnden

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende utbildningsnämndens styrning, uppföljning samt interna kontroll. Därefter redogörs för resultat av dialog med nämndens presidium. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

8.1. Iakttagelser

8.1.1. Styrning

Av utbildningsnämndens utkast till årsredovisning för 2021 framgår att nämnden inte gör en bedömning av måluppfyllelse för tre av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.¹⁵ Nämnden bedömer viss måluppfyllelse för två av de strategiska målsättningarna.¹⁶ Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfylla.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende nämndens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

8.1.2. Uppföljning

Utbildningsnämnden har enligt utkast till årsredovisning för 2021 ett underskott om 6,9 mnkr. Nämnden har tidigare under året prognostiserat ett överskott och underskottet upptäcktes sent under året. Underskottet beror enligt nämnden främst på ett sent upptäckt fel i budgetfilen för gymnasiet, ökade kostnader kopplat till gymnasiet, ökade kostnader inom förskolan, ökade kostnader för semesterlöneskulden.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av nämndens ekonomi och verksamhet.

8.1.3. Intern kontroll

Nämndens interna kontrollplan för 2021 innehåller inte ansvarig funktion för en kontroll¹⁷, vem granskning ska rapporteras till, metod för kontrollen samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs. Samtliga dessa delar är sådant som riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen.

Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår sex kontroller som pågående, fyra pågående med avvikelse och en försenad.¹⁸

¹⁵ Målsättningarna *hälsa och välbefinnande, kunskap och utbildning samt hållbart samhällsbyggande*

¹⁶ *Viss måluppfyllelse* bedöms för de strategiska målsättningarna *ett Ale och en arbetsgivare*.

¹⁷ Det avser kontrollen av området *att på sikt sakna kompetens för det vi ska göra*.

¹⁸ Kontrollerna *ansökan om bidrag, ärendehanteringsprocessen, personuppgiftshantering, kritiska processer, kompetensförsörjning* och *verksamhetsutövning* är pågående. Kontrollerna *verksamhetsutövning, personuppgiftshantering, delegeringsordningen* samt *arkivering och diarieföring* är pågående med avvikelser. Kontrollen *arkivering och diarieföring* är försenad.

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt uppföljning och rapportering av intern kontrollplan.

8.2. Resultat av dialog med utbildningsnämnden

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med nämndens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

- ▶ Nämnden lyfter att utveckling av mål- och internkontrollarbete fortsatt pågår. I dagsläget får nämnden uppföljning av intern kontrollplan löpande vid varje sammanträde.
- ▶ Nämnden uppger att de har en utmaning kring kompetensförsörjning och upplever lärarbrist, särskilt inom förskolan har kommunen låg andel förskolelärare. Med hänsyn till pandemin som medfört särskild ansträngning inom skolans verksamhet betonas att ett välfungerande arbetsmiljöarbete är av vikt. Det bedöms att pandemin kommer ha långsiktiga effekter på måendet och elevernas kunskapsresultat. Vidare har pandemin påverkat arbetet med den nationella digitaliseringsstrategin.

8.3. Vår bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Granskningen visar dock att nämnden saknar bedömning av måluppfyllelse för tre strategiska målsättningar, därtill framgår att nämnden bedömer viss måluppfyllelse till två av de strategiska målsättningarna. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen att en av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar bedöms uppfyllas.

Vi bedömer att nämnden delvis har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering. Vi noterar dock att nämndens prognos över budgetutfallet ändrat sent under året och att nämnden för 2021 har ett underskott om 6,9 mnkr.

Vi bedömer att nämnden delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Granskningen visar att nämndens kontrollplans innehåll inte följer riktlinjer för intern styrning och kontroll. Vid helårsuppföljning av intern kontroll framgår sex kontroller som pågående, fyra pågående med avvikelse och en försenad.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi nämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Stärka uppföljningen av nämndens budget för att säkerställa budget i balans
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

9. Överförmyndarnämnden

I kapitlet beskrivs iakttagna avvikelser avseende överförmyndarnämndens styrning, uppföljning samt interna kontroll. Kapitlet avslutas med våra bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier.

9.1. Iakttagelser

9.1.1. Styrning

Av överförmyndarnämndens utkast till årsredovisning för 2021 framgår att nämnden inte bedömer måluppfyllelsen för kommunfullmäktiges strategiska målsättning *ett Ale*. Detta beror enligt uppgift på ett misstag i den administrativa handläggningen. Målet bedöms enligt uppgift ha viss måluppfyllelse. Tre aktiviteter bedöms vara pågående med avvikelser.¹⁹ Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen av måluppfyllelse för kommunfullmäktiges strategiska målsättningar. Detta då det inte formulerats grunder för när målsättningarna ska anses uppfyllda.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende nämndens arbete med att fastställa verksamhetsplan samt bryta ned och uppfylla kommunfullmäktiges strategiska målsättningar.

9.1.2. Uppföljning

Överförmyndarnämnden har enligt utkast till årsredovisning för 2021 ett överskott om 49 tkr.

Granskningen visar inte på några övriga avvikelser avseende löpande uppföljning av nämndens ekonomi och verksamhet.

9.1.3. Intern kontroll

Nämndens interna kontrollplan för 2021 anger inte vem granskning ska rapporteras till samt vilka regler, rutiner eller policys som berörs, något som riktlinjer för intern styrning och kontroll anger ska framgå av planen.

I övrigt har vi inte noterat någon avvikelse avseende arbetet med riskanalys, kontrollplanens innehåll samt uppföljning och rapportering av intern kontrollplan.

9.2. Resultat av dialog med överförmyndarnämnden

I avsnittet återges väsentliga händelser, risker och utmaningar som framkommit vid dialog med nämndens presidium. Övriga områden som togs upp i dialog beskrivs i bilaga 4.

- ▶ Nämnden framför att en utredning genomförts för eventuellt ny lagstiftning för överförmyndarverksamheten. Om utredningens förslag blir lagstiftning kommer nämndens verksamhet få utökade arbetsuppgifter vilket i sin tur kan medföra behov av fler medarbetare och ökade kostnader.

¹⁹ Aktiviteter kopplat till nämndens mål *möjliggöra att fler kommuninvånare ställer upp som ställföreträdare, lägre tröskel och ökad benägenhet att kontakta överförmyndarnämnden samt utökad och fördjupad tillsyn av ställföreträdare i de delar som rör bevaka rätt och sörja för person.*

- ▶ Nämnden upplever att det blir svårare att hitta ställföreträdare till mer komplexa ärenden. Antalet komplexa ärenden ökar. En rekryteringsväg som nu prövas är att annonsera för studenter såsom socionom- och statsvetarstudenter som kan antas ha viss insyn i hur sådana ärenden kan hanteras. Detta kan även bidra till en förnygring bland ställföreträdarna.

9.3. Vår bedömning

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt. Granskningen visar dock att tre aktiviteter bedöms vara pågående med avvikelser. Det framgår inte på ett tydligt sätt hur nämnden gjort bedömningen att två av kommunfullmäktiges strategiska målsättningar uppfylls.

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering.

Vi bedömer att nämnden delvis har arbetat med intern kontroll i enlighet med kommunens anvisningar. Det framgår att nämndens interna kontrollplan inte följer riktlinjer för intern styrning och kontroll.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi nämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

10. Tillitsbaserad styrning

10.1. Hur påverkar den tillitsbaserade styrning möjligheten att följa upp verksamheten?

Ale kommun har under 2020 infört en ny styrmodell med tillitsbaserad styrning. Av dokumentet *styrmodell för Ale kommun* framgår att styrmodellen syftar till att omhänderta kommunens samlade förmåga och kompetens samt skapa en förflyttning från *styrning och kontroll* till *styrning och koll*. Kommunens beskrivning anger att den tillitsbaserade styrningen innebär att det löpande under året ska hållas tillitsdialoger på olika verksamhetsnivåer, inom förvaltningen samt mellan politik och förvaltning. Det framförs i dialog med flertalet nämnder att det inte finns någon kommungemensam plan för implementeringen av tillitsbaserad styrning och att det saknas en tydlig gemensam definition av vad det innebär.

I dialoger med nämnder och styrelse framgår en bild av att den tillitsbaserade styrningen ger en positiv inverkan på möjligheten till kvalitativ verksamhetsuppföljning. Det upplevs positivt för politiken och medarbetare att nämnder och förvaltning kan diskutera mer kring verksamheterna, snarare än att producera och läsa rapporter. Det framgår vidare att politiken upplever sig få en bättre förståelse och kunskap om verksamheten, vilket bidrar till bättre beslut. För kommunstyrelsen har styrmodellen bidragit till fler träffar med nämnderna än tidigare, vilket bidrar till bättre förutsättningar för att utöva uppsikt över nämnderna. Tidigare mötte kommunstyrelsens arbetsutskott företrädare från nämnderna främst för att hantera större avvikelser kopplat till ekonomi. I dagsläget sker årliga dialoger mellan kommunstyrelsen och nämnderna.

Styrmodellen har implementerats på olika sätt inom kommunen. Kultur- och fritidsnämnden har vid tiden för dialog, i augusti 2021, inte introducerat tillitsdialoger. I dialog med kommunstyrelsen framförs att kommunen behöver utveckla detta arbetssätt som introducerades under 2020. Utifrån lärdomarna sedan 2020 kring vad som fungerar väl och mindre väl har en ny styrmodell därför tagits fram för att få likformighet inom organisationen. Den nya styrmodellen antogs av kommunfullmäktige i december 2021.

Det framförs även i dialoger att mätarbetet är en utmaning, hur kontroll ska göras utan samma mängd rapporter som tidigare. Servicenämnden framför i dialog att det ännu inte finns systematik för spårbarhet, det förs inga formella protokoll eller anteckningar från tillitsdialogerna. Det framförs vara viktigt att dessa möten inte är beslutsmöten.

10.2. Vår bedömning






Vår bedömning är att den tillitsbaserade styrningen delvis försvagar möjligheten att följa upp verksamheten. Detta då det finns utmaningar kopplat till spårbarhet utifrån tillitsdialogerna. Vi noterar även fördelar med en ökad dialog som bidrar till stärkt styrning. Vi ser behov av att kommunen formulerar gemensam struktur och grunder för styrning och uppföljning.

Det framgår av dialoger att den tillitsbaserade styrningen i huvudsak upplevs vara ett välfungerande arbetssätt som bidrar till mer kunskap om nämndernas verksamhet. Däremot saknas det en gemensam struktur för styrningen. En ny styrmodell har antagits för att tydliggöra detta. Det framgår dock risker med arbetssättet kopplat till bristande spårbarhet i styrning och uppföljning.

11. Sammanställd bedömning per nämnd

Nedan sammanställer vi våra bedömningar per nämnd utifrån granskningens revisionskriterier.

Tabell 1. Sammanställd bedömning per nämnd och revisionskriterier.

	Styrning		Uppföljning				Intern kontroll			
	A2	A2	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4
KS		R				R		R		R
KFN		R						R		
SBN		R						R		
SEN		R						R		
SN		R						R		
UN		R			R			R		
ÖN		R						R		
										
	Kriteriet uppfyllt	Delvis uppfyllt	Ej uppfyllt	Ej tillämbart	Rekommandation riktas					

Beskrivning av kriterier

- ▶ **Tillräcklig styrning för att leva upp till mål, beslut och föreskrifter**
 - A1. Brutit ned fullmäktiges mål till egna mål
 - A2. Måluppfyllelse i arbetet med fullmäktiges mål

- ▶ **Tillräcklig uppföljning av verksamhet och ekonomi**
 - B1. Följt upp nämndens verksamhet och måluppfyllelse löpande
 - B2. Följt upp nämndens ekonomi löpande
 - B3. Följt upp avvikelser i ekonomi och måluppfyllelse samt vidtagit åtgärder för budget i balans och god måluppfyllelse
 - B4. Löpande utövat uppsikt över nämnder och bolag (KS)

- ▶ **Systematiskt arbete med intern kontroll i verksamheten**
 - C1. Arbetat fram och dokumenterat en riskanalys
 - C2. Fastställt en internkontrollplan i enlighet med riktlinjer och policy
 - C3. Följt upp nämndens arbete med intern kontroll, och rapporterat till kommunstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut
 - C4. Granskat innevarande års interna planer för styrning och kontroll senast i december samt utvärderat kommunens arbetssätt för intern kontroll (KS)

12. Samlad bedömning

Vår samlade bedömning är att kommunstyrelsen och nämnderna i huvudsak säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige bestämt. Vidare bedömer vi att kommunstyrelsen och nämnderna i huvudsak säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering utifrån kommunens styrmodell samt kommunallagen. Däremot bedömer vi att utbildningsnämnden bör stärka sin uppföljning för att säkerställa budget i balans. Därtill bedömer vi att kommunstyrelsen enbart delvis uppfyllt sin uppsiktsplikt över kommunens bolag.

Vad gäller arbetet med intern kontroll är vår sammanfattande bedömning att kommunstyrelsen och nämnderna enbart delvis följer de anvisningar som finns avseende intern kontroll. Kommunstyrelsen och nämnderna har inte följt kommunens riktlinjer för intern styrning och kontroll på ett antal punkter.

Avseende den tillitsbaserade styrningen noterar vi att det saknas en gemensam definition och struktur för styrningen samt att det finns risker kopplat till bristande spårbarhet i styrning och uppföljning.

Vi rekommenderar kommunstyrelsen att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Säkerställa att uppsiktsplikten över bolag uppfylls
- ▶ Säkerställa att arbetet med intern kontroll följer kommunens riktlinjer

Vi rekommenderar kultur- och fritidsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden, service- nämnden, socialnämnden, utbildningsnämnden samt överförmyndarnämnden att:

- ▶ Stärka målstyrningen genom att formulera grunder för bedömning av måluppfyllelse
- ▶ Tillse att intern kontrollplan antas i enlighet med riktlinjer

Utöver ovan rekommenderar vi även utbildningsnämnden att:

- ▶ Stärka uppföljningen av nämndens budget för att säkerställa budget i balans


Göteborg den 16 mars 2022



Gabriel Forsberg
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Lydia Andersson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Liselott Daun
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1. Bakgrund till granskningen

Kommunrevisionens uppgift är att ge kommunfullmäktige underlag till den årliga ansvarsprövningen. Enligt kommunallagen 12 kap. ska revisorerna årligen granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområden i den omfattning som följer av God revisions- sed. Styrelse och nämnders ansvar för verksamheten regleras bland annat i kommunallagen. Där framgår att nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som Kommunfullmäktige bestämt, att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt God revisions- sed 2018 ska den grundläggande granskningen ge underlag för att bedöma styrelsens och nämndernas styrning, uppföljning och kontroll, säkerhet i redovisnings- system och rutiner samt målpåfyllelse. Enligt God revisions- sed handlar den grundläggande granskningen bland annat om frågor avseende hur styrelse och nämnder har:

- ▶ Tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och brutit ned dessa så att de fungerar som styr- signaler till verksamheten
- ▶ Gjort en egen riskanalys
- ▶ Uppföljning och rapportering av verksamhetens resultat samt beslut om åtgärder vid even- tuella avvikelser
- ▶ Ekonomistyrning samt ekonomisk uppföljning och rapportering
- ▶ Ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende såväl verksamhet som redovis- ning
- ▶ Tydliga beslutsunderlag och protokoll²⁰

I kommunrevisionens revisionsplan 2021 beskrivs utgångspunkterna för den grundläggande granskningen. Granskningen har sin utgångspunkt i God revisions- sed samt risker som fram- kommit i revisorernas risk- och väsentlighetsanalys 2021.

Avgränsning

Granskningen avser verksamhetsår 2021 och avgränsas i enlighet med revisionsfrågorna. Granskningen omfattar inte granskning av säkerhet i redovisningssystem. Detta granskar re- visorerna i löpande granskning som en del av redovisningsrevisionen.

I den grundläggande granskningen granskas samtliga nämnder utifrån ovan nämnda revis- ionsfrågor och revisionskriterier.

Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom löpande insamling av fakta och iakttagelser. Insamling sker genom att revisorerna:

- ▶ Löpande tar del av grundläggande dokument såsom mål- och budgetdokument, ekonomi- och verksamhetsrapporter, delårsrapporter, bokslut och protokoll.
- ▶ Löpande för en dialog med kommunstyrelse, nämnder och tjänstepersoner.

²⁰ Nämndernas protokoll läses löpande av de förtroendevalda revisorerna som ansvarar för att påtala otydlighet i protokollen samt att relevanta frågor tas upp till diskussion löpande under året. Översynen beskrivs inte i denna rapport.

Bilaga 2. Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:725)

Av kommunallagens 6 kap. 1 § framgår att styrelsen ansvarar för att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas verksamhet. Kommunstyrelsen ska även ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i kommunala bolag och kommunalförbund som kommun är medlem i.

Enligt 6 kap 6 § kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Likaså skall nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett övrigt tillfredställande sätt.

Styrning

Ale kommun har en vision 2025 Lätt att leva, där det framgår 7 punkter. Till vision 2025 återfinns en strategisk plan, som pekar ut områden som ska fokuseras på och vad som behöver göras. Detta för att arbeta i visionens riktning. Denna strategiska plan har antagits av kommunfullmäktige som även antagit verksamhetsplan med budget 2021-2024. Planen följs upp genom verksamhetsdialog. I verksamhetsplanen ingår fokusområden att följa upp.

Intern kontroll

Ale kommun har en policy för intern kontroll som är fastställd av kommunfullmäktige 2008-02-25. I policyn framgår att nämnderna ansvarar för att verksamheterna bedrivs enligt de mål och riktlinjer fullmäktige fastställt. Kommunstyrelsen ansvarar för att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över nämnders och kommunala bolags verksamheter.

Därtill har kommunstyrelsen antagit riktlinjer kopplat till intern styrning och kontroll som gäller från 2014-02-01²¹. Riktlinjerna anger att COSO-modellen ska utgöra utgångspunkt för arbetet med intern styrning och kontroll. Kommunstyrelsen ansvarar för och utarbetar gemensamma styrdokument i frågor som är kommunövergripande. Nämnderna ansvarar för att arbeta fram tillämpningsregler och anvisningar för sin respektive verksamhet. Nämnderna och kommunstyrelsen ska årligen för nästkommande år upprätta och fastställa plan för granskning/uppföljning av interna styrningen och kontrollen. Detta ska göras i samband med antagande av nämndplan med budget eller senast i december. Uppföljningen av nämndernas interna planer för styrning och kontroll ska redovisas till kommunstyrelse och kommunfullmäktige i samband med delårsrapport och årsredovisning. Kommunstyrelsen är ansvariga att granska innevarande års interna planer för styrning och kontroll varje år, senast i december.

Uppsikt

Kommunstyrelsens reglemente anger att styrelsen ska utöva uppsikt över övriga nämnders verksamhet samt över verksamhet som bedrivs i kommunala bolag, stiftelser och kommunalförbund vilka kommunen är medlem i. Det saknas styrdokument för hur detta ska genomföras.

²¹ 2021-06-08 antogs nya Riktlinjer för intern kontroll i Ale kommun av kommunstyrelsen som gäller från 2022-01-01.

Bilaga 3: Källförteckning

Dialoger med presidium

- ▶ Kommunstyrelsen 2022-01-17
- ▶ Kultur- och fritidsnämnden 2021-08-23
- ▶ Samhällsbyggnadsnämnden 2021-12-13
- ▶ Servicenämnden 2021-11-15
- ▶ Socialnämnden 2021-05-31
- ▶ Utbildningsnämnden 2021-09-29
- ▶ Överförmyndarnämnden 2022-02-21

Dokument

- ▶ Ale vision 2025 – Lätt att leva
- ▶ Delårsrapport 1 per april samt 2 per augusti för kommunstyrelsen och nämnder
- ▶ Kommunens delårsrapport per april
- ▶ Kommunens delårsrapport per augusti
- ▶ Intern kontrollplan 2021 för kommunstyrelsen och nämnder
- ▶ Policy för intern kontroll i Ale kommun
- ▶ Protokoll från 2020 och 2021 för kommunstyrelsen, kultur- och fritidsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden, servicenämnden, socialnämnden och utbildningsnämnden
- ▶ Reglemente för kommunstyrelsen och nämnder
- ▶ Riktlinjer för intern kontroll i Ale kommun (giltig från 2022-01-01)
- ▶ Riktlinjer intern styrning och kontroll i Ale kommun (giltig från 2014-02-01)
- ▶ Styrmodell för Ale kommun
- ▶ Verksamhetsplan 2021-2022 för kommunstyrelsen och nämnder
- ▶ Uppföljning av intern kontroll 2021 för kommunstyrelsen och nämnder
- ▶ Utkast till årsredovisning för kommunstyrelsen, nämnder och kommunen

Bilaga 4: Resultat av nämnddialoger

I nedan avsnitt beskrivs innehållet i de dialoger som revisionen har haft under året.

Kommunstyrelsen

- ▶ Kompetensförsörjning samt arbetsmiljöarbete
- ▶ Arbetet med samhällsbyggnadsprocessen och detaljplaner
- ▶ Hyra av lokaler är kostsamt
- ▶ Tillitsbaserad styrning
- ▶ Arbetet med intern kontroll

Kultur- och fritidsnämnden

- ▶ Utmaning med mått i verksamhetsplanen
- ▶ Ekonomiska resurser
- ▶ Minskning av aktiva i föreningslivet
- ▶ Sjukfrånvaro och personalomsättning
- ▶ Tillitsbaserad styrning
- ▶ Arbetet med intern kontroll
- ▶ Barnkonventionen

Samhällsbyggnadsnämnden

- ▶ Arbetet med *kunden i fokus*
- ▶ Svårighet att hitta kompetens
- ▶ Mätningar bygglov
- ▶ Kommunens tillväxt
- ▶ Uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Arbetsbelastning och verksamhetsutveckling
- ▶ Utmaning tidsfrister bygglov
- ▶ Arbetet med intern kontroll
- ▶ Tillitsbaserad styrning

Servicenämnden

- ▶ Lokalförsörjningsprocessen
- ▶ Medel för oförutsedda händelser och kostnader
- ▶ Utrymme att utveckla verksamheten

- ▶ Utmaning kompetensförsörjning
- ▶ Tillitsbaserad styrning
- ▶ Arbetet med intern kontroll
- ▶ Mätning av matsvinnet
- ▶ Barnkonventionen

Socialnämnden

- ▶ Organisationsförändringar
- ▶ Utmaning med eventuell ny socialtjänstlag
- ▶ Bostads- och lokalbrist
- ▶ Risk ökade kostnader inom individ- och familjeomsorg
- ▶ Tillitsbaserad styrning
- ▶ Arbetet med intern kontroll
- ▶ Barnkonventionen

Utbildningsnämnden

- ▶ Kompetensförsörjning lärare och förskolelärare
- ▶ Pandemins påverkan på medarbetare och elever
- ▶ Arbetet med nationella digitaliseringsstrategin
- ▶ Tillitsbaserad styrning
- ▶ Arbetet med intern kontroll

Överförmyndarnämnden

- ▶ Eventuellt ny lagstiftning kan medföra ökade kostnader och fler arbetsuppgifter
- ▶ Arbetet med intern kontroll
- ▶ Pandemins påverkan
- ▶ Barnkonventionen
- ▶ Rekrytering av ställföreträdare
- ▶ Tillitsbaserad styrning



Kommunstyrelsen, Kultur- och fritidsnämnden
Samhällsbyggnadsnämnden, Servicenämnden
Socialnämnden, Utbildningsnämnden
Överförmyndarnämnden

Revisionsrapport – Grundläggande granskning

Kommunrevisionen har vid sitt möte den 16 mars 2022 antagit bifogad revisionsrapport. Granskningens syfte har varit att ge revisorerna underlag för ansvarsprövningen genom att översiktligt granska all verksamhet i enlighet med kommunallagen och God revisionsred.

Granskningens sammanfattande bedömning är att kommunstyrelsen och nämnderna i huvudsak säkerställt att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige bestämt. Kommunstyrelsen och nämnderna bedöms i huvudsak ha säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapportering utifrån kommunens styrmodell samt kommunallagen. Däremot bedömer vi att utbildningsnämnden bör stärka sin uppföljning för att säkerställa budget i balans. Därtill bedömer vi att kommunstyrelsen enbart delvis uppfyllt sin uppsiktspflicht över kommunens bolag. Vad gäller arbetet med intern kontroll är vår sammanfattande bedömning att kommunstyrelsen och nämnderna enbart delvis följer de anvisningar som finns avseende intern kontroll. Kommunstyrelsen och nämnderna har inte följt kommunens riktlinjer för intern styrning och kontroll på ett antal punkter.

Utifrån granskningen lämnas rekommendationer till kommunstyrelsen och nämnderna.

Granskningsrapporten översänds med önskemål att senast den 16 juni 2022 erhålla svar från styrelsen och nämnderna på nedan frågeställningar.

- *Vilka* åtgärder avser styrelsen och nämnderna att vidta med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?
- *När* avser styrelsen och nämnderna att vidta eventuella åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten samt när planeras åtgärderna att vara genomförda?
- *Vilken* verksamhet och/eller funktion i förvaltningarna ansvarar för att genomföra beslutade åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?

För revisorerna i Ale kommun den 16 mars 2022

Iréne Hellekant
Kommunrevisionens ordförande

Daniel Höglund
Vice ordförande kommunrevisionen



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2021.236

Datum: 2022-06-02

Enhetschef arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten Joakim Valtin

Socialnämnden

Kommunrevisionens granskning av myndighetsutövning avseende ekonomiskt bistånd

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

I bifogad skrivelse lämna svar på kommunrevisionens frågor gällande granskning av myndighetsutövning ekonomiskt bistånd.

Socialnämnden beslutar att

Justera paragrafen omedelbart.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Den revision som påbörjades 2021 av myndighetsutövning ekonomiskt bistånd och som kom verksamheten till del mars 2022, visade på brister i handläggningen av ekonomiskt bistånd. I bifogad handling är svar på de frågor som kommunrevisionen ställer samt beskrivning av vidtagna åtgärder med anledning av revisionens resultat.

I Ale kommun fullgör socialnämnden kommunens uppgifter inom socialtjänstlagen. Av verksamhetsplan för 2021 framgår att kostnaderna för försörjningsstöd har ökat stadigt under ett antal år. Nämnden lyfter att behovet av försörjningsstöd har ökat för personer som lämnar etableringen utan egen försörjning. Därtill ökar invånarantalet och pågående pandemi ger osäkerhet i behovet. I budget 2021 har Kommunfullmäktige antagit ett fokusområde för sysselsättning som anger att kommunen ska ha särskilt fokus på ungdomsarbetslöshet och försörjningsstöd. Enligt kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) har nettokostnaden för ekonomiskt bistånd sett till kronor per invånare, ökat i Ale kommun sedan år 2017 från 734 kronor per invånare till 1 182 kronor per invånare 2020. Inför 2021 har arbetsmarknadsenheten och försörjningsstödsenheten slagits samman för ett mer effektivt arbetssätt. Detta ställer krav på tydlig styrning och organisation.



Iréne Blomqvist
Verksamhetschef

Joakim Valtin
Enhetschef

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2022-06-02

Bilaga svar på kommunrevisionens frågor

Skrivelse från kommunrevisionen avseende revisionsrapport granskning ekonomiskt bistånd

Revisionsrapport- granskning av myndighetsutövning avseende ekonomiskt bistånd

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Enhetschef för arbetsmarknads-och försörjningsstöd

För kännedom:

Verksamhetschef Individ-och familjeomsorg

Ärendet

Mot bakgrund av att kostnaderna avseende ekonomiskt bistånd har ökat genomfördes således en granskning, genomförd på uppdrag av revisorerna.

Verksamheten har följt utvecklingen under åren och har aktivt arbetat för att utveckla verksamheten för att möta de utmaningar den står inför. Sedan 2017 har två större organisationsförändringar ägt rum, sammanslagning av försörjningsstödsenheten och arbetsmarknadsenheten, samt sammanslagning arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten och mottagande av nyanlända och bostadssociala frågor, som är den nuvarande organiseringen.

I denna revision har myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd varit i fokus. Svaren på frågorna utgår således från brister i myndighetsutövningen som revisionen uppmärksammat och hur dessa ska åtgärdas framöver.

Ekonomisk bedömning

Syftet med sammanslagningarna av enheterna försörjningsstöd, arbetsmarknad och mottag nyanlända/boende har varit att de sökande så snabbt som möjligt ska komma vidare i självförsörjning. Under 2021 fortsatte inte ökningen av utbetalt försörjningsstöd, utan sammanslagningen och arbetssättet förefaller ha gett resultat i ekonomisk bemärkelse. Målsättningen är att fler som uppstår ekonomiskt bistånd ska komma vidare i självförsörjning och att den nya enheten ska kunna möta målgrupper som tidigare haft försörjningsstöd under längre perioder, exempelvis språksvaga och långtidssjukskrivna.

Invånarperspektiv

Socialnämnden har höga målsättningar att individer och familjer ska erbjudas en snabb väg till självförsörjning. Målet är att alla som ansöker om ekonomiskt bistånd ska ha en plan mot arbete. Planen ska upprättas mellan socialsekreterare och den sökande och ska finnas tillgänglig i verksamhetssystemet. Det är mycket viktigt att dokumentation ligger till grund för beslut dels för att säkerställa en god rättssäkerhet, dels för att den sökande enkelt ska kunna följa sitt eget ärende. Granskingen belyser att det finns områden där verksamheten ska bli bättre och ett fortlöpande kvalitetsarbete behöver utvecklas.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

**Remissyttrande**

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Efter beslut i socialnämnden skickas svaret till kommunrevisionen

Svar på kommunrevisionens frågor

Vilka åtgärder avser nämnden att vidta med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?

Enligt vad som framgår av revisionens rapports resultat och återkoppling kommer verksamheten att vidta åtgärder för att säkerställa en rättssäker myndighetsutövning samt utöka dokumentationen i verksamhetens egen granskning/egenkontroll och följa upp detta på ett systematiskt sätt. Enligt rapporten framkom brister i avsaknad av genomförandeplan, utredningar, månadsutredningar och det efterfrågades vidare mer systematisk dokumentation av egenkontroll.

Genomförandeplan: verksamhetens egen analys är att socialsekreterare inte har upprättat genomförandeplaner i så kallade kortvariga ärenden (eftersom de planeras att avslutas), ärenden som har en genomförandeplan, dock hos arbetsmarknadscoach, samt att genomförandeplan saknas eftersom socialsekreteraren inte arbetat aktivt med vissa ärenden.

Utredningar: verksamhetens egen analys är att i de fåtal fall där utredning saknas beror det på i huvudsak ändrat hushåll, där exempelvis mannen i ett par söker ensam istället för med maka. I det nyöppnade ärenden har ingen ny utredning gjorts, vilket självfallet alltid ska genomföras vid nytt ändrat hushåll och nytt ärende.

Månadsutredning: verksamhetens egen analys är att socialsekreterare i vissa fall har gjort normberäkning, beslut och utbetalning utan en föregående månadsutredning. Orsak hos socialsekreterare är tidspress samt oro för att vederbörande sökande inte får sina pengar utbetalda i tid. I vissa fall är beslutsunderlaget även knapphändigt.

Åtgärd **genomförandeplan.** Alla sökande ska ha en genomförandeplan, även vid förstagångsbesök, och är den huvudsakliga genomförandeplanen med arbetsmarknadscoach ska genomförandeplan även finnas i socialsekreterares ärende. Enhetschef och 1:e socialsekreterare har vidare haft enskilda samtal med socialsekreterare som behöver utveckla arbetet med genomförandeplaner.

Åtgärd **utredningar:** utbilda personalen vid metodmöten/ärendegenomgång att grundutredning ska finnas i alla ärenden och att en ny utredning ska genomföras vid öppnande av nytt ärende på grund av förändringar av hushållets medlemmar.

Åtgärd **månadsutredning:** arbetssättet i verksamheten ska alltid vara att månadsutredning ska göras innan beräkning, beslut och utbetalning. Månadsutredning ska vidare innehålla tillräcklig information för att vara en grund för beslut. Utbilda och samtala med personalen vid metodmöten.

Gällande dokumentation av egenkontroll kommer **tre olika typer av kontroller genomföras** och även **dokumenteras**, enligt rutin felaktiga utbetalningar

1. Enhetschef gör varje dag stickprov på utbetalningar från den aktuella dagens utbetalningslista. Beräkning, beslut, rätt delegat och dokumentation granskas. Om en felaktig utbetalning uppmärksammas förs en dialog med socialsekreteraren som har ärendet i syfte att stödja handläggningen. Enhetschef sparar listor på utbetalningar i en pärm och markerar eventuella felaktigheter. *(särskilt fokus på genomförandeplan, månadsutredning och utredning)*
2. Var tredje månad granskar enhetschef tre fysiska akter. Tre ärenden väljs slumpmässigt ut och socialsekreteraren ska lämna akten till enhetschef. Efter granskning lämnas akten tillbaka till socialsekreteraren.
3. Varje månad granskar 1:e socialsekreterare fem ärenden i Treserva. Ärendena väljs slumpmässigt ut av 1:e socialsekreterare. Återkoppling av granskning sker till socialsekreterare. (Ny rutin som gäller från maj 2022).

När avser nämnden att vidta eventuella åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten samt när planeras åtgärderna att vara genomförda?

Den 11 maj sammankallade enhetschefer Joakim Valtin och Ulrika Sten Sporrang arbetsgruppen socialsekreterare ekonomiskt bistånd till ett möte med anledning av resultatet av rapporten för att diskutera resultatet. Dagordningen var följande:

9-9:30: Förbättringsområden granskning av myndighetsutövning: Genomförandeplan, månadsutredning, grundutredning.

9:30-10:15 Diskussion kring strategiskt arbete med genomförandeplaner och kvalitet på dokumentationen.

10:15-10:30 Fika

10:30-11:15 Rutin felaktiga utbetalningar och rutin för granskning ekonomiskt bistånd.

11:15-12:00 Arbete med spår 3.

Efter avslutat möte fanns det en stor enighet i att arbeta mer systematiskt med genomförandeplaner, tydliga och väldokumenterade månadsutredningar samt att säkerställa att grundutredning ska finnas i alla ärenden. Enheten diskuterade att i många ärenden finns en pågående arbetsplan, men att man inte använt det formella dokumentet för genomförandeplan. Vi beslutade att hela arbetsgruppen ska använda dokumentet eftersom den sökande där ges möjlighet att underteckna och godkänna sig egen genomförandeplan.

Dokumentation av egenkontroll kommer att dokumenteras av enhetschef och 1:e socialsekreterare.

Fysisk akt-granskning har ägt rum under maj månad och dokumenterats:

P L 60 Aktuell handlingsplan, korrekt ifylld ansökan, underlag finns. Bra struktur i akten. Godkänd. Handläggare Sarah E. datum 2022-04-29

A BA 03 Aktuell handlingsplan, korrekt ifylld ansökan, underlag (sjukintyg) finns. Bra struktur i akten. Ganska nytt ärende från nybesök. Godkänd. Handläggare Aleksandra O. Datum 2022-05-04

A M 78 Handlingsplan i fysisk akt saknas. Bra struktur i akten, bifogade handlingar finns. Vissa månadsansökningar ej i kronologisk ordning. Godkänd, samtal med handläggare. Handläggare Zeinab B. datum, 2022-05-07

Vad gäller målen i kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten arbetar enheten med detta på APT eftersom målen berör all personal och inte bara socialsekreterare. Fokus i kvalitetsarbetet har varit att ge en god och snabb service till medborgaren, samt att arbeta för att de som ansöker om ekonomiskt bistånd ske erbjudas en plan mot arbete, vilket innebär att det ska vara en god samverkan mellan socialsekreterare och arbetsmarknadscoach.

Vad gäller uppföljning av avvikelser arbetar enheten även med detta i helgrupp på APT eftersom avvikelser berör hela enheten. Enligt enhetens årshjul för APT ska uppföljning av avvikelser ske två gånger per år, juni och november.

Vilken verksamhet och/eller funktion ansvarar för att genomförda beslutade åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?

Arbetsmarknads- och försörjningsstödsenheten ansvarar för att genomföra ovan beskrivna åtgärder och att följa upp dessa.

Under 2022 kommer enheten att lägga särskilt fokus på föreslagna förbättringsområden. Både i enhetens utvecklingsarbete och i granskningen.



Socialnämnden

Revisionsrapport – Fördjupad granskning av myndighetsutövning avseende ekonomiskt bistånd

Kommunrevisionen har vid sitt möte den 16 mars 2022 antagit bifogad revisionsrapport. Granskningen syfte har varit att bedöma om socialnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningens sammanfattande bedömning är att socialnämnden inte har säkerställt att myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt. Utifrån granskningen rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd utförs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinjer.
- Säkerställa att egenkontroller genomförs och dokumenteras i enlighet med rutin.
- Säkerställa att rapportering av avvikelser följer Socialstyrelsens riktlinjer.
- Tillse att mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse följs upp årligen.

Granskningsrapporten översänds med önskemål att senast den 16 juni 2022 erhålla svar från socialnämnden på nedan frågeställningar.

- *Vilka* åtgärder avser nämnden att vidta med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?
- *När* avser nämnden att vidta eventuella åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten samt när planeras åtgärderna att vara genomförda?
- *Vilken* verksamhet och/eller funktion i förvaltningen ansvarar för att genomföra beslutade åtgärder med anledning av de rekommendationer som redovisas i rapporten?

För revisorerna i Ale kommun den 16 mars 2022

Iréne Hellekant
Kommunrevisionens ordförande

Daniel Höglund
Vice ordförande kommunrevisionen

Granskning av myndighetsutövning avseende ekonomiskt bistånd

ALE KOMMUN



Building a better
working world

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Inledning.....	5
1.1. Bakgrund	5
1.2. Syfte och revisionsfrågor	5
1.3. Revisionskriterier	5
1.4. Metod	6
1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd.....	6
2. Organisation, bakgrund och nuläge.....	7
2.1. Nyligen förändrad organisation för arbetsmarknads- och försörjningsenheten	7
2.2. Roller och ansvar tydliggörs i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen	8
2.3. Arbetsförmedlingens omorganisation påverkar Ale kommun.....	9
3. Styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd	10
3.1. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse anges mål för att säkra lagefterlevnad	10
3.2. Nämnd- och verksamhetsmål baseras på kommunfullmäktiges målsättningar.....	10
3.3. Riktlinjer och rutiner för myndighetsutövningen är framtagna nationellt och lokalt.....	12
3.4. Digitalisering av ansökningsprocessen pågår	13
3.5. Bedömning	14
4. Rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen	15
4.1. Resultat av stickprov.....	15
4.2. Bedömning	16
5. Uppföljning och kontroll.....	18
5.1. Uppföljning av nämndens mål i delårsrapport är kvalitativ.....	18
5.2. Ekonomisk uppföljning görs i delårsrapport samt i månadsrapporter	18
5.3. Ärendeutveckling följs inte av nämnd, åtgärder har inte vidtagits utifrån uppföljning ..	19
5.4. Uppföljning av mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan förtydligas.....	19
5.5. Nämnden har antagit och följt upp internkontrollplan för 2021.....	19
5.6. Rutiner finns för egenkontroll av verksamheten men efterlevs inte fullt ut	19
5.7. Rapportering av avvikelser har förbättrats men är ett utvecklingsområde	20
5.8. Bedömning	20
6. Samlad bedömning.....	22
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna.....	22
6.2. Slutsatser och rekommendationer.....	23

Bilaga 1. Bakgrund	24
Bilaga 2. Revisionskriterier.....	25
Bilaga 3. Källförteckning.....	27
Bilaga 4. Metod för genomförande av stickprov	28

Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Ale kommun genomfört en granskning avseende myndighetsutövningen inom ekonomiskt bistånd. Granskningen har syftat till att bedöma om socialnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar att nämndens styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd ligger i linje med kommunens styrmodell då den bygger på en nedbrytning av fullmäktiges mål. Myndighetsutövningen baseras också på riktlinjer för handläggning av ekonomiskt bistånd.

I stickprov framkommer dock en bristande följsamhet mot lagstiftning, styrning och beslutade rutiner i handläggningen. De granskade akterna saknar i vissa fall skriftlig utredning, vilket innebär att det saknas dokumenterad grund för beslut. En majoritet av de granskade akterna saknar även genomförandeplaner som beskriver hur klienterna ska uppnå självförsörjning.

Vad gäller uppföljning och kontroll av myndighetsutövningen har granskningen identifierat utvecklingsområden för att säkerställa följsamhet till styrning, exempelvis tydligare uppföljning av mål baserade på lagstiftning, uppföljning av ärendeutveckling för verksamheten samt egenkontroller.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden inte har säkerställt att myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt.

Utifrån granskningen lämnar vi nedanstående rekommendationer. Rekommendationerna syftar till att bidra till att utveckla och förbättra verksamheten.

- ▶ Säkerställa att myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd utförs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinjer.
- ▶ Säkerställa att egenkontroller genomförs och dokumenteras i enlighet med rutin.
- ▶ Säkerställa att rapportering av avvikelser följer Socialstyrelsens riktlinjer.
- ▶ Tillse att mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse följs upp årligen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Kommunrevisionen har bedömt det som väsentligt att genomföra en granskning av ekonomiskt bistånd. Ansvarsgrunder som är relevanta i denna granskning är bland annat risker för bristande ledning, styrning, uppföljning och kontroll.

Mer information om bakgrunden till granskningen finns i bilaga 1.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om socialnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen inriktas på följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd?
 - Hur har nämnden brutit ned fullmäktiges mål/fokusområden?
 - Finns tydliga riktlinjer och rutiner för handläggningen?
- ▶ Har nämnden säkerställt rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd?
 - Hur följer nämnden kostnads- och ärendeutvecklingen?
 - Vilka övergripande åtgärder har vidtagits utifrån uppföljningen?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna beskrivs närmare i bilaga 2.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Förvaltningslagen (2017:900)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialstyrelsens handbok för ekonomiskt bistånd samt handläggning och dokumentation inom socialtjänsten
- ▶ Ale kommuns styrdokument och riktlinjer inom området

1.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer samt stickprovsgranskning.

Stickprovet omfattar tio slumpmässigt utvalda ärenden som inkommit under perioden 1 maj – 30 september 2021. Tre av ärendena har handlagts vid mottagningsenheten och övriga sju vid arbetsmarknads- och försörjningsenheten. Fördelningen av ärenden är proportionerligt till antalet totalt inkomna ärenden under ovanstående period. Utfallet av stickprovet har genomgått sakavstämning med 1:e socialsekreterare.

Intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten. Källförteckning och förteckning av intervjupersoner återfinns i bilaga 3.

1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd

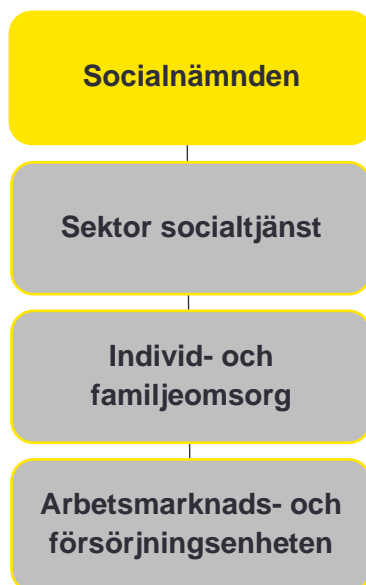
Granskningen avgränsas i enlighet med ställda revisionsfrågor. Granskningen avser socialnämnden.

2. Organisation, bakgrund och nuläge

Socialnämnden¹ ansvarar för individ- och familjeomsorgen i Ale kommun. I förvaltningen är det sektor socialtjänst som arbetar med dessa frågor. Verksamhetsområdet Individ- och familjeomsorg ansvarar för myndighetsutövning inom områdena barn och unga, missbruk, socialpsykiatri, LSS, äldreomsorg, familjerätt samt försörjningsstöd. Individ- och familjeomsorgen ansvarar också för arbetsmarknadsfrågor och insatser för personer som står långt från arbetsmarknaden.

Försörjningsstöd, som denna granskning avser, benämns också som ekonomiskt bistånd. Stödet ska räcka till det mest nödvändiga, som till exempel mat, kläder och boende. Målet är alltid att försörjningsstöd ska vara tillfälligt och att klienten ska bli självförsörjande så snabbt som möjligt.

2.1. Nyligen förändrad organisation för arbetsmarknads- och försörjningsenheten



Figur 1: EY:s förståelse av Ale kommuns organisation kring verksamhetsområdet Individ- och familjeomsorg och arbetet med försörjningsstöd.

Under 2020 slogs försörjningsstödsenheten och arbetsmarknadsenheten ihop till en enhet, arbetsmarknads- och försörjningsenheten (hädanefter kallat AMFE). I november 2021 inkluderades även mottagande av nyanlända/integration och boendesociala insatser i AMFE. Under den största delen av 2021 har AMFE letts av en tillförordnad enhetschef. Från och med november 2021 är ordinarie enhetschef tillbaka i tjänst. I och med sammanslagningen arbetar nu två enhetschefer och två 1:e socialsekreterare på enheten.

¹ Socialnämnden bytte under 2021 namn från att tidigare ha hetat omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden. Nämnden kommer hädanefter benämnas "socialnämnden". Viss dokumentation som daterar tidigare än namnbytet innehåller benämningen "omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden".

Ale kommun har under flera år haft en ökning av försörjningsstöd. I verksamhetsplan 2021 för Individ- och familjeomsorgen beskrivs en markant ökning av försörjningsstödet under 2020. I verksamhetsplanen framgår att verksamheten under 2021 behöver arbeta aktivt med förutsättningarna för ett kvalitativt socialt arbete.

Sammanläggningen av försörjningsstödsenheten och arbetsmarknadsenheten tillsammans med ett tätare samarbete mellan dessa funktioner beskrivs i verksamhetsplan som ett försök att åstadkomma en minskning av försörjningsstödet. Sammanläggningen uppges i verksamhetsplan ha gett resultat då kommunen sett en minskning av försörjningsstödet under andra halvan av 2021. Enligt uppgift har den nya organisationen skapat en tydligare koppling mellan klienter med försörjningsstöd och arbetsmarknadsverksamheten inom AMFE.

I dokumentation och under intervju framgår att klienter på AMFE fördelas i tre spår:

<p>Spår 1 <i>Arbetsmarknadscoacher</i> arbetar med att matcha och coacha klienter mot en plats på arbetsmarknaden, praktik eller studier.</p>	<p>Spår 2 <i>Stödpedagoger</i> arbetar med kartläggning, arbetsträning, språkpraktik, arbetsförmågebedömning</p>	<p>Spår 3 <i>Socialekreterare</i> arbetar med insatser så som vård, behandling, rehab, kontakt med Försäkringskassan.</p>
--	---	--

Arbetet med olika spår uppges av intervjuade vara framgångsrikt och ger en möjlighet för AMFE att erbjuda klienter de insatser som passar individen bäst.

En utmaning som lyfts i intervju rör gruppen nyanlända som nyligen inkluderats i AMFE:s ansvar och hur enheten på bästa sätt ska få denna grupp i egen försörjning.² I nuläget går en stor del av nyanlända från det tvååriga etableringsstödet in i försörjningsstöd istället för ut på arbetsmarknaden.

2.2. Roller och ansvar tydliggörs i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen

I nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 framgår det organisatoriska ansvaret i förvaltningen. Roller och ansvar tydliggörs för förtroendevalda och tjänstepersoner. Ansvarsområden beskrivs i korthet i figur 2 nedan.

² Nyanlända tillhörde tidigare Mottagningsenheten. Enheten lades ned i mitten av 2021.



Figur 2: EY:s tolkning av roller och ansvarsfördelning. Källa: Socialnämndens kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2020

2.3. Arbetsförmedlingens omorganisation påverkar Ale kommun

Arbetsförmedlingen är en viktig samverkanspartner för AMFE då en del av AMFE:s verksamhet har som uppdrag att stödja klienter att etablera sig på arbetsmarknaden. Under 2019 beslutade Arbetsförmedlingen om en stor reducering av sin organisation och avveckling av stora delar av kontorsnätet. Detta befarades av många av landets kommuner leda till negativa konsekvenser för det lokala samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och kommuner, likväl som för den regionala tillväxten och utvecklingen på sikt.

Omorganiseringen uppges påverka Ale kommun. I en del av intervjuerna framkommer att AMFE har haft svårt att förhålla sig till en Arbetsförmedlingen i förändring. De intervjuade uttrycker en oro för att kommunen framöver behöver ta på sig mer arbetsmarknadspolitiskt ansvar än tidigare, vilket kommunen inte uppges ha resurser till i dagsläget.

3. Styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd

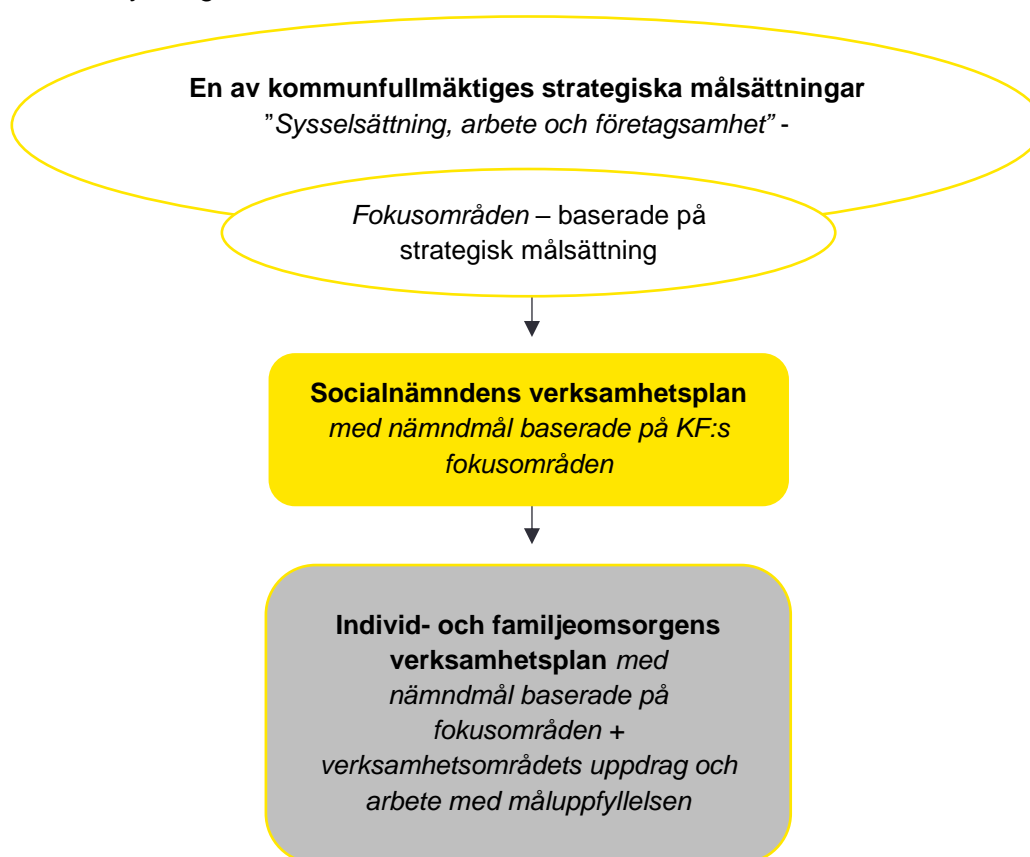
3.1. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse anges mål för att säkra lagefterlevnad

En kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ska enligt lag upprättas årligen med syfte att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. I nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 listas tre mål för Individ- och familjeomsorgen 2021 med syfte att säkerställa lagefterlevnad till Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Patientsäkerhetslagen (PLS):

1. Fortsätta arbetet med tillgänglighet, bemötande och förhållningssätt.
2. Säkerställa att handläggning av ärenden sker rättssäkert, med en rimlig handläggningstid samt med den enskildes delaktighet.
3. Samverka både inom verksamheten och med externa aktörer ska ske smidigt och skyndsamt för den enskildes bästa.

3.2. Nämnd- och verksamhetsmål baseras på kommunfullmäktiges målsättningar

Ytterligare mål för verksamheten utarbetas efter Ale kommuns tillitsbaserade styrmodell. Kommunfullmäktige pekar ut strategiska målsättningar med fokusområden i sin verksamhetsplan från vilka nämnderna tar fram egna mål baserade på sin verksamhet. I nedan figur 3 presenteras schematiskt EY:s förståelse av styrkedjan rörande arbetet med försörjningsstöd, vilken förklaras ytterligare i nedan avsnitt.



Figur 3: EY:s förståelse av Ale kommuns målkedja koppla till arbetet med försörjningsstöd.

I kommunfullmäktiges verksamhetsplan med budget 2021 framgår sex *strategiska målsättningar*:

- ▶ Hälsa och välbefinnande
- ▶ Kunskap och utbildning
- ▶ Sysselsättning, arbete och företagsamhet
- ▶ Hållbart samhällsbyggande
- ▶ Ett Ale
- ▶ En arbetsgivare

Till de strategiska målsättningarna hör *fokusområden* som fullmäktige avser att följa upp.

I socialnämndens verksamhetsplan med budget 2021 framgår fullmäktiges sex strategiska målsättningar, de av fullmäktige listade fokusområden som är aktuella för nämnden att följa upp samt *nämndens målsättning på området*.

Fullmäktiges strategiska målsättning "Sysselsättning, arbete och företagsamhet" knyter an till arbetet med försörjningsstöd. Nämndens tre målsättningar i verksamhetsplan kopplade till Sysselsättning, arbete och företagsamhet lyder:

1. De som är aktuella för kommunens arbetsmarknadsinsatser ska komma vidare ut i egen försörjning via arbete eller studier som kan leda till arbete.
2. Ungdomsarbetslöshet och försörjningsstöd får särskilt fokus under 2021.
3. Ale kommuns samtliga sektorer ska söka lösningar för att erbjuda så många ungdomar som möjligt födda 2004–2005 feriearbete inom sina verksamheter sommaren 2021.

Utifrån nämndens verksamhetsplan har *verksamhetsområdet Individ- och familjeomsorg tagit fram en gemensam verksamhetsplan för samtliga enheter*.³ Individ- och familjeomsorgs verksamhetsplan lyfter fokusområdena och målsättningarna rörande Sysselsättning, arbete och företagsamhet. Vidare innehåller Individ- och familjeomsorgens verksamhetsplan uppdrag och beskrivningar kring arbetet med måluppfyllelsen. Individ- och familjeomsorgens arbete med uppdrag och måluppfyllelse gällande nämndens mål beskrivs i kommande stycken.

3.2.1 Förvaltningens arbete med nämndmål 1

Att få ut de som är aktuella för kommunens arbetsmarknadsinsatser i egen försörjning via arbete eller studier beskrivs i Individ- och familjeomsorgens verksamhetsplan som en komplex uppgift, vilket uppges kräva mångfacetterade insatser och en hög grad av flexibilitet inom ramen för de enheter som arbetar närmast målgruppen.

Sammanläggningen av försörjningsstödsenheten och arbetsmarknadsenheten uppges ha resulterat i ett tätare samarbete mellan socialsekreterare och arbetsmarknadscoacher, vilket ses som en bidragande orsak till att fler klienter når målet om självförsörjning.

³ Mottagningsenheten, Biståndsenheten, Vuxenenheten, Barn- och ungdomsenheten, Familjehems- och familjerättsenheten, Arbetsmarknads- och försörjningsenheten, Stöd- och behandlingsenheten.

Att införa genomförandeplaner⁴ för samtliga klienter uppges i intervju som en bidragande faktor till minskat behov av försörjningsstöd. Likväl har AMFE upptäckt brister i att en stor del av inskrivna klienter saknar dessa planer. Ett arbete uppges pågå med att åtgärda dessa brister och upprätta och/eller uppdatera genomförandeplaner till samtliga klienter. I resultatet av aktgranskningen, se kapitel fyra, framgår att förekomsten av genomförandeplaner fortsatt är ett utvecklingsområde.

3.2.2. Förvaltningens arbete med nämndmål 2

Ungdomsarbetslöshet och försörjningsstöd pekas i nämndens verksamhetsplan ut som områden som ska få särskilt fokus under 2021. I individ- och familjeomsorgens verksamhetsplan framgår att kostnaderna för försörjningsstöd har ökat under 2020. Orsaken anses vara en ökad arbetslöshet bland ungdomar och vuxna som en konsekvens av pandemin samt att nyanlända individer som lämnar etableringsstödet har svårt att konkurrera på arbetsmarknaden.

I Individ- och familjeomsorgens verksamhetsplan beskrivs att Ale kommun arbetar med frågan rörande ungdomsarbetslöshet och försörjningsstöd genom att samverka kring DUA med sex andra kommuner samt Arbetsförmedlingen.⁵

3.2.3. Förvaltningens arbete med nämndmål 3

Att erbjuda så många ungdomar som möjligt födda 2004–2005 feriearbete inom kommunens verksamheter sommaren 2021 uppges i Individ- och familjeomsorgens verksamhetsplan vara avhängigt pandemins utveckling.

3.3. Riktlinjer och rutiner för myndighetsutövningen är framtagna nationellt och lokalt

För myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd finns styrande dokument som dels är nationellt framtagna, dels beslutade av Ale kommun.

► *Ekonomiskt bistånd - handbok för Socialtjänsten*

Myndighetshandläggarna använder sig av Handbok för socialtjänsten, vilken är framtagen av Socialstyrelsen. Handboken är ett stöd för arbetet inom verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd och syftar till att förtydliga lagstiftningen och underlätta den praktiska tillämpningen av socialtjänstlagen.

► *Riktlinjer ekonomiskt bistånd 2021*

Nämnden antar årligen så kallade Riktlinjer avseende handläggning av ekonomiskt bistånd. Riktlinjerna specificerar vad nämnden bedömer som skäligt bistånd och utgör grunden för arbetet med ekonomiskt bistånd i Ale. Riktlinjerna innehåller bedömningar och regler rörande en mängd specifika situationer där försörjningsstöd är aktuellt. Dokumentet syftar till att

⁴ En genomförandeplan beskriver hur beviljade insatser ska verkställas och följas upp utifrån individens önskemål och behov.

⁵ DUA = Delegationen för unga och nyanlända till arbete. DUA har regeringens uppdrag att främja statlig och kommunal samverkan och utvecklandet av nya samverkansformer i syfte att effektivisera unga och nyanländas etablering i arbetslivet. Ale kommun samverkar med Stenungsund kommun, Tjörns kommun, Orust kommun, Lilla Edets kommun, Öckerö kommun, Arbetsförmedlingen norra Göteborg.

vägleda handläggare i sitt dagliga arbete. Den senaste versionen av bestämmelserna antogs av nämnden i april 2021.

► *Lathundar och rutiner*

Stöd- och styrdokumentation på verksamhetsnivå finns framtagna av förvaltningen i form av lathundar och rutiner. Lathundarna innehåller bland annat information kring ärendehantering, mottagning av klienter, hur en överklagan hanteras, samverkansmodell med andra enheter i förvaltningen och riktlinjer för arbete med våld i nära relation.

I intervju framkommer att det under 2018 gjordes en stor insats att revidera riktlinjer och stöddokument då det tidigare inte hade skötts på ett tillfredställande sätt. Sedan 2018 revideras riktlinjer årligen av enhetschef och 1:e socialsekreterare. Om handläggare upptäcker brister i stöddokument under året meddelas detta till enhetschef och 1:e socialsekreterare. En revidering av dokument genomfördes i början av 2021.

► *Kollegial stöttning*

I intervju framkommer att handläggare får stöd i sitt arbete genom ärendegenomgångar tillsammans med 1:e socialsekreterare varannan månad. På ärendegenomgångar går handläggare och 1:e socialsekreterare igenom status på en handläggares samtliga ärenden. Enheten uppges även ha metodgenomgångar veckovis där handläggare kan diskutera ärenden av mer komplicerad karaktär.

3.4. Digitalisering av ansökningsprocessen pågår

Det pågår ett arbete med att digitalisera ansökningsprocessen av försörjningsstöd genom E-ansökningar. Enligt uppgift har digitaliseringsarbetet kopplats till den av fullmäktige satta strategiska målsättningen *Ett Ale*. Till målsättningen hör nämndens mål *Genom nytänkande, kreativa idéer och en utökad samverkan finna lösningar på rådande utmaningar för verksamheterna*.

Syftet med E-ansökningar är att frigöra mer tid för medarbetarna att fokusera på det sociala arbetet och att få ut klienter i egen försörjning. I dagsläget är det främst individer som inte söker ekonomiskt bistånd för första gången, så kallade återansökningar, som är aktuella för E-tjänsten. Ca 40 procent av ansökningarna består i nuläget av återansökningar och görs via E-tjänsten. Nästa steg i processen är att möjliggöra för nyansökningar via E-tjänsten.

3.5. Bedömning

Vår bedömning är att socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd.

Vår bedömning grundar sig på att nämnden har brutit ned fullmäktiges mål till nämndmål i verksamhetsplan i enlighet med Ale kommuns styrmodell. Vidare har även Individ- och familjeomsorg antagit en verksamhetsplan med beskrivningar av fullmäktiges och nämndens mål samt hur verksamheterna ska arbeta för att nå dem.

Vi noterar en delvis parallell målstyrning då verksamheten bedrivs utifrån mål satta dels av kommunfullmäktige och nämnd, dels mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen baserade på krav i lagstiftning.

Vidare grundar sig vår bedömning på att nämnden årligen beslutar om riktlinjer för handläggningen av ekonomiskt bistånd. Inom verksamheten finns styrande och stödjande dokument för myndighetsutövningen.

4. Rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen

4.1. Resultat av stickprov

EY har genomfört ett stickprov avseende myndighetsutövningen under 2021. Stickprovet omfattar tio akter. Myndighetsutövningen har utförts dels vid försörjningsstödenheten (sju akter), dels vid mottagningsenheten (tre akter). För information om urval och metod, vänligen se bilaga 4.

Resultatet av stickprovet visar sammantaget att:

- ▶ Genomförandeplaner saknas i 7 av 9 ärenden. Detta är en brist i relation till föreskrifter och till riktlinjer för myndighetsutövning. 1 av 9 ärenden har en aktuell genomförandeplan.
- ▶ 2 av 10 ärenden saknar utredningar. Detta är en brist i relation till föreskrifter och till riktlinjerna för myndighetsutövning. Ytterligare 2 av 10 ärenden har mycket kortfattade utredningar som inte motsvarar krav. Detta är en brist i relation till föreskrifter och till riktlinjer för myndighetsutövning.
- ▶ I 2 ärenden saknas även så kallade månadsutredningar.⁶ I ytterligare 3 ärenden återfinns enbart månadsutredningar för delar av de aktuella månaderna.

I intervju uppges att nämnden inte gör någon samlad uppföljning av rättssäkerhetsaspekten av myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd.

I nedanstående tabell redovisar vi utfallet av stickprovet. För att underlätta läsningen har vi använt färger för att redovisa utfallet. I tabellen återfinns även siffror som hänvisar till text under tabellen. Här redovisas vad som saknas för den aktuella kontrollpunkten.

	Dokumentationen följer aktuell lagstiftning, nämndens riktlinjer och andra relevanta styrdokument.
	Dokumentationen följer delvis aktuell lagstiftning, nämndens riktlinjer och andra relevanta styrdokument.
	Dokumentationen har brister i relation till aktuell lagstiftning, nämndens riktlinjer och andra relevanta styrdokument.
NA	Kontrollpunkten är inte relevant utifrån ärendets beskaffenhet.

⁶ Månadsutredning ska genomföras varje månad en klient ansöker om ekonomiskt bistånd. Där ska framgå viss dokumentation kring den sökande, dennes situation och plan framåt.

Kontrollpunkter - Akter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Finns skriftlig utredning?							1	2	2	1
Finns motivering av beslut?										
Anges lagrum i beslutet?										
Är beslutet om ersättning uppdelat på hyra, uppehälle, resor etc.		NA		NA	NA		NA	NA		NA
Om den sökande har barn, har barnens situation utretts och dokumenterats?			NA		NA		3	2	2	1
Finns besvärshänvisning vid helt eller delvis avslag?	Na		NA				NA			
Finns genomförandeplan?	4	NA	4	NA	4		4	4	4	4
Finns genomförandeplan som innehåller kortsiktiga och långsiktiga mål?	4	NA	4	NA	4		4	4	4	NA
Finns genomförandeplan som innehåller vad den enskilde själv ska göra?	4	NA	4	NA	4		4	4	4	NA
Finns genomförande som innehåller datum för uppföljning av planen?	4	NA	4	NA	4		4	4	4	NA
Finns månadsutredning som innehåller vad den enskilde ska göra?	5	NA		NA	6	6	5	6		NA

Tabell 1: Aktgranskning – Resultat av genomfört stickprov.

Förklaringar till noter

1. Utredningen är mycket kortfattad och motsvarar inte krav i riktlinjer eller föreskrifter
2. Utredning saknas
3. Det framgår ej av utredning om den sökande har barn
4. Genomförandeplan saknas
5. Månadsutredning saknas
6. Månadsutredningar finns endast för delar av de aktuella månaderna

4.2. Bedömning

Vår bedömning med stöd i socialtjänstlagens 1 kap 1 §, kommunallagens 2 kap 3 § och förvaltningslagens 23 § samt övriga föreskrifter är att socialnämnden inte har säkerställt rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd. Enligt förvaltningslagens 23 § ska ett ärende utredas i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. Utredningar ska dokumenteras. Socialstyrelsens handbok för ekonomiskt bistånd anger att en dokumenterad planering, så kallad genomförandeplan, bidrar till att skapa struktur för hur den enskilde ska uppnå självförsörjning.

Stickprovet visar att flera kontrollpunkter påvisar brister i handläggningen. Avsaknaden av skriftlig utredning enligt ställda krav innebär att akterna inte kan anses vara beslutsgrundande. En majoritet av de granskade akterna saknar genomförandeplaner. Klienterna saknar därmed en dokumenterad plan för hur den enskilde ska uppnå självförsörjning. Även månadsutredningar är ett utvecklingsområde.

5. Uppföljning och kontroll

Nämndens uppföljning av mål i verksamhetsplan sker enligt ordinarie process i delårsrapporter och årsrapporter.

5.1. Uppföljning av nämndens mål i delårsrapport är kvalitativ

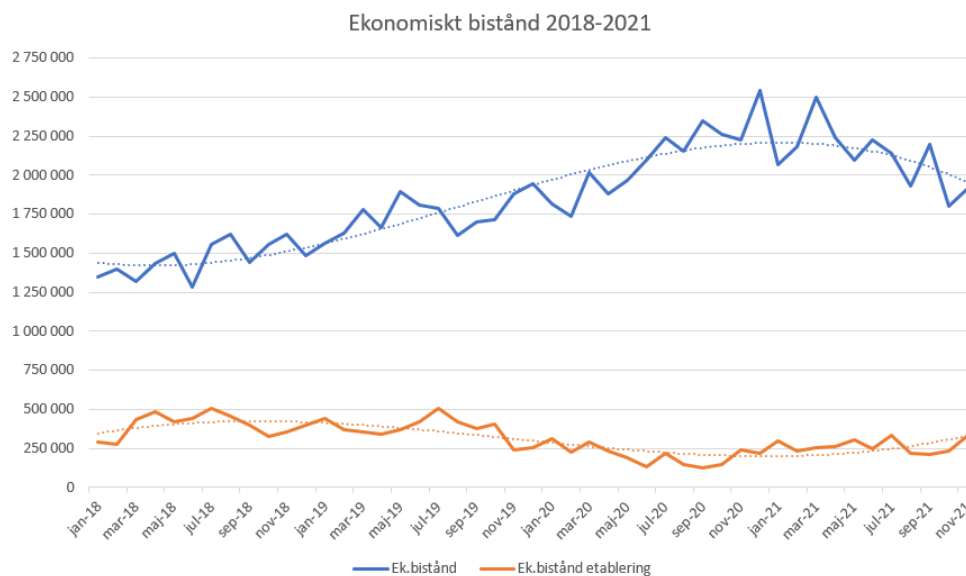
Uppföljning av mål i nämndens verksamhetsplan görs genom kvalitativa bedömningar i delårsrapporter. Muntliga dialoger mellan ledningsgrupp och representanter för nämnden utgör delvis underlag för den nämndövergripande skriftliga delårsrapporten.

Sammanlagningen av arbetsmarknadsenheten och försörjningsstödsenheten lyfts i delårsrapporter som exempel på åtgärd som har bidragit till måluppfyllelsen av nämndens mål. Av delår per augusti framgår att måluppfyllelsen för målet rörande feriearbete för ungdomar påverkades negativt av pandemin.

I delårsrapporterna från april och augusti lyfts det pågående arbetet med att upprätta genomförandeplaner i aktuella verksamheter. I delår per augusti uppges att antal upprättade genomförandeplaner följs upp i den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Genomförandeplaner nämns som ett utvecklingsområde i intervju, vilket även bekräftas av denna gransknings stickprovsresultat samt av uppföljningen som gjorts i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

5.2. Ekonomisk uppföljning görs i delårsrapport samt i månadsrapporter

I delårsrapporter per april och augusti 2021 följs kostnadsutvecklingen upp. I delårsrapport per augusti noteras att kostnaderna för försörjningsstöd inte längre fortsätter öka. Detta uppges bero på en kombination av ett gynnsamt läge på arbetsmarknaden tillsammans med ett målinriktat arbete med målgruppen på AMFE.



Figur 5: Utvecklingen av ekonomiskt bistånd över tid. Källa: Ekonomisk rapport till nämnden november 2021

Av protokoll framgår att ekonomisk uppföljning även redovisas för nämnden löpande i form av rapporter med tillhörande muntliga dragningar med hjälp av presentationsbilder. I dragningarna presenteras resultat månadsvis. Presentationerna innehåller utfall, budget och avvikelse för perioden samt helårsprognos för sektorns olika verksamheter. Den ekonomiska uppföljningen i november visar att försörjningsstödet har minskat under slutet av 2021.

5.3. Ärendeutveckling följs inte av nämnd, åtgärder har inte vidtagits utifrån uppföljning

Nämnden följer inte upp ärendeutvecklingen för verksamheten. Av intervju och protokoll per juni 2021 framkommer att nämnden vid ett tillfälle följt upp enskilda överklagade domar då en redovisning av underrättelser, beslut och domar genomfördes.

Nämnden har inte vidtagit någon åtgärd eller fattat något beslut baserat på uppföljningen.

5.4. Uppföljning av mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kan förtydligas

I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 listas tre mål för Individ- och familjeomsorgen 2021 med syfte att säkerställa lagefterlevnad av LSS och PSL. Enligt uppgift förväntas målen listade i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen följas upp i nästkommande års berättelse. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 framgår det dock inte med tydlighet i vilken grad nämnden har nått målen för 2020. Vid intervju framkommer att uppföljningen av målen är ett utvecklingsområde.

5.5. Nämnden har antagit och följt upp internkontrollplan för 2021

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2021. I planen ingår exempelvis risker rörande regelverk som styr nämndens verksamheter och handläggning- och ärendehaneringsprocessen. I planen framgår ansvarig för kontroll av respektive risk.

Kontroller genomförs en gång årligen genom stickprov, intervju och inventeringar. I nämndprotokoll går att utläsa att kontrollerna har påvisat mindre eller inga brister. På sammanträdet i oktober 2021 tog nämnden del av samt godkände uppföljningen av utförda kontroller utan vidare åtgärd.

5.6. Rutiner finns för egenkontroll av verksamheten men efterlevs inte fullt ut

Internkontroll Arbetsmarknads- och försörjningsenheten:

- ▶ I dokumentet Internkontroll Arbetsmarknads- och försörjningsenheten listas en rad kontrollmoment inom kategorierna rättssäkerhet, kvalitet och barnperspektiv. Kontrollmomenten rör exempelvis förekomst av klienters genomförandeplaner samt antalet barnfamiljer med långvarigt ekonomiskt bistånd. I dokumentet framgår inte av vem eller hur ofta en majoritet av kontrollmomenten ska utföras. Som tidigare nämnt framgår dock roller och ansvar vad gäller egenkontroller i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Det framgår inte heller på vilket sätt kontrollmomenten ska följas upp. Under 2021 har endast uppföljning dokumenterats av en kontrollpunkt avseende antalet barnfamiljer med långvarigt ekonomiskt bistånd.

Rutin felaktiga utbetalningar försörjningsstöd

- ▶ I dokumentet Rutin felaktiga utbetalningar försörjningsstöd beskrivs tillvägagångssättet för kontroll av utbetalningar. Dokumentet innehåller information kring vilka kontroller som ska genomföras, vem som är ansvarig samt hur ofta kontrollerna ska ske. Det framgår dock inte i dokumentet hur resultatet avses följas upp.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

- ▶ Resultat från egenkontroller redovisas i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020. Från berättelsen framgår dock att verksamheten inom Individ- och familjeomsorgen har genomfört ytterligare egenkontroller än de som redovisas i berättelsen. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen innehåller endast redovisning av en kontrollpunkt; antal aktuella genomförandeplaner i relation till antalet brukare inom SoL och LSS.

5.7. Rapportering av avvikelser har förbättrats men är ett utvecklingsområde

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska personal rapportera händelser som innebär missförhållanden, så kallade avvikelser. Granskningen visar att inga avvikelserapporter gjordes inom AMFE före 2021, vilket uppges ha berott på bristfällig informationen kring tillvägagångssättet för rapportering av avvikelser.

Avvikelser inom förvaltningen följs upp i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse där antal avvikelser i olika kategorier redovisas. Uppföljningen i 2020 års berättelse är nämndövergripande och ingen separat uppföljning för Individ- och familjeomsorgen eller AMFE görs. Enligt uppgift har avvikelser inom AMFE 2021 följts upp i personalgruppen på metodmöten.

De intervjuade menar att arbetet med avvikelser under 2021 har förändrats. Enligt uppgift rapporteras numera varje enskild avvikelse i verksamhetssystemet Treserva. Det sammanställs ingen samlad dokumentation av avvikelser. Enhetschef uppges dock ha tillgång till den samlade informationen rörande avvikelser i systemet. Under 2021 har 12 avvikelser rapporterats. De intervjuade uppger att avvikelserapporteringen fortsatt är ett utvecklingsområde.

5.8. Bedömning

Vår bedömning är att socialnämnden endast till viss del har säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och intern kontroll av myndighetsutövning avseende ekonomiskt bistånd.

Vår bedömning grundar sig på att ekonomi samt mål i verksamhetsplan följs upp i delårsrapporter. Ekonomi följs även upp i nämnden månadsvis genom muntlig information som inte kan utläsas i protokoll. En tydligare uppföljning av målen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen anser vi är ett utvecklingsområde eftersom måluppfyllelsen för året inte tydligt framgår i berättelsen.

Granskningen visar att nämnden inte följer upp ärendeutvecklingen för verksamheten, vilket vi anser är ett utvecklingsområde. Att i tillägg till ekonomisk uppföljning även följa statistik över beslutade ärenden skulle ge nämnden en tydligare helhetsbild över myndighetsutövningen.

Därtill visar granskningen att nämnden inte har vidtagit någon åtgärd eller fattat något beslut baserat på den uppföljning som nämnden delgetts under 2021 avseende myndighetsutövning för ekonomiskt bistånd.

Vidare grundar sig vår bedömning på att nämnden antagit en internkontrollplan samt följt upp dess kontrollpunkter i samband med delårsbokslut. Vi anser att åtminstone förvaltningens uppföljning av internkontrollplanen med fördel kan ske löpande under året.

Slutligen noterar vi att det finns brister i arbetet med egenkontroll. Ansvar och tidsintervall för en majoritet av kontrollpunkterna kan förtydligas i dokumentation. Endast en kontrollpunkt redovisas resultatmässigt i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Vidare återfinns dokumentation över genomförd egenkontroll endast för en kontrollpunkt.

6. Samlad bedömning

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hur har nämnden brutit ned fullmäktiges mål/fokusområden? ○ Finns tydliga riktlinjer och rutiner för handläggningen? 	<p>Ja. Nämnden har brutit ned fullmäktiges mål till nämndmål i verksamhetsplan i enlighet med kommunens styrmodell. Individ- och familjeomsorg har antagit en verksamhetsplan med beskrivningar av fullmäktiges och nämndens mål samt hur verksamheterna ska arbeta för att nå dem.</p> <p>Nämnden beslutar årligen om riktlinjer för handläggningen av ekonomiskt bistånd. Inom verksamheten finns styrande och stödjande dokument.</p> <p>Vi noterar en delvis parallell målstyrning då verksamheten bedrivs utifrån mål satta dels av kommunfullmäktige och nämnd, dels mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen baserade på krav i lagstiftning.</p>
<p>Har nämnden säkerställt rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd?</p>	<p>Nej. Stickprovet visar att flera kontrollpunkter påvisar brister i handläggningen. Avsaknaden av skriftlig utredning enligt ställda krav innebär att det saknas dokumenterad grund för beslut. akterna inte kan anses vara beslutsgrundande. En majoritet av de granskade akterna saknar genomförandeplaner. Klienterna saknar därmed en dokumenterad plan för hur de ska uppnå självförsörjning. Även månadsutredningar är ett utvecklingsområde.</p>
<p>Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hur följer nämnden kostnads- och ärendeutvecklingen? ○ Vilka övergripande åtgärder har vidtagits utifrån uppföljningen? 	<p>Endast till viss del. Ekonomi samt mål i verksamhetsplan följs upp i delårsrapporter. En tydligare uppföljning av målen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen anser vi är ett utvecklingsområde då måluppfyllelsen för året inte tydligt framgår i berättelsen.</p> <p>Nämnden följer inte upp ärendeutvecklingen för verksamheten, vilket är vi anser är ett utvecklingsområde.</p> <p>Nämnden har inte vidtagit någon åtgärd eller fattat något beslut baserat på den uppföljning som nämnden delgetts under 2021 avseende myndighetsutövning för ekonomiskt bistånd.</p> <p>Nämnden har antagit en internkontrollplan samt följt upp dess kontrollpunkter i samband med delårsbokslut.</p> <p>Slutligen noterar vi att det finns brister i arbetet med egenkontroll.</p>

6.2. Slutsatser och rekommendationer

Utifrån granskningens syfte och grundernas för ansvarsprövning är vår samlade bedömning att socialnämnden inte har säkerställt att myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar å ena sidan att nämnden har en styrning av myndighetsutövningen avseende ekonomiskt bistånd som bygger på nedbrytning av fullmäktiges mål i enlighet med kommunens styrmodell och riktlinjer för handläggningen av ekonomiskt bistånd.

Däremot visar granskningens stickprovsresultat på bristande följsamhet mot lagstiftning, styrning och beslutade rutiner i handläggningen. Stickprovet visar på avsaknad av skriftlig utredning, vilket innebär att det saknas dokumenterad grund för beslut. Vidare saknar en majoritet av de granskade akterna genomförandeplaner som beskriver hur klienterna ska uppnå självförsörjning.

Uppföljning och kontroll av myndighetsutövningen för ekonomiskt bistånd visar på utvecklingsområden för att säkerställa följsamhet till styrning, exempelvis tydligare uppföljning av mål baserade på lagstiftning, uppföljning av ärendeutveckling för verksamheten samt egenkontroller.

Mot bakgrund av granskningens bedömningar och slutsats rekommenderar vi socialnämnden att:

- ▶ Säkerställa att myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd utförs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinjer.
- ▶ Säkerställa att egenkontroller genomförs och dokumenteras i enlighet med rutin.
- ▶ Säkerställa att rapportering av avvikelser följer Socialstyrelsens riktlinjer.
- ▶ Tillse att mål i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse följs upp årligen.

Göteborg den 16 mars 2022



Fanny Nilsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Karin Knutsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Maria Carlsrud Felander
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB



Liselott Daun
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1. Bakgrund

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt socialtjänstlagen rätt till ekonomiskt bistånd. Försörjningsstöd beviljas enligt den så kallade riksnormen och ska täcka hushållets grundläggande utgifter. Normbeloppen gäller som en miniminivå för de behov de ska täcka och är olika för ensamstående, par och barnfamiljer. Regeringen beslutar varje år om nivån på riksnormen. Efter individuell behovsprövning kan bistånd även beviljas för livsföring i övrigt, såsom tandvård, glasögon och läkarvård. Ekonomiskt bistånd är ett samlingsbegrepp för försörjningsstöd och livsföring i övrigt. Lagstiftningen ställer krav på att biståndshandläggningen ska vara likvärdig, rättssäker och utföras med god kvalitet.

I Ale kommun fullgör socialnämnden kommunens uppgifter inom socialtjänstlagen. Av verksamhetsplan för 2021 framgår att kostnaderna för försörjningsstöd har ökat stadigt under ett antal år. Nämnden lyfter att behovet av försörjningsstöd har ökat för personer som lämnar etableringen utan egen försörjning. Därtill ökar invånarantalet och pågående pandemi ger osäkerhet i behovet. I budget 2021 har kommunfullmäktige antagit ett fokusområde för sysselsättning som anger att kommunen ska ha särskilt fokus på ungdomsarbetslöshet och försörjningsstöd. Enligt kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) har nettokostnaden för ekonomiskt bistånd sett till kronor per invånare ökat i Ale kommun sedan år 2017, från 734 kronor per invånare 2017 till 1 182 kronor per invånare 2020. Inför 2021 har arbetsmarknadsenheten och försörjningsstödsenheten slagits samman för ett mer effektivt arbetssätt. Detta ställer krav på tydlig styrning och organisation

Bilaga 2. Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:725, 6 kap. 1 § och 6 §)

Kommunallagen anger att styrelsen ansvarar för att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Nämnder ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt och gällande föreskrifter. Nämnderna ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt

Socialtjänstlagen (2001:453)

Socialnämnden ska enligt socialtjänstlagen främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Socialnämnden ska i sin uppsökande verksamhet samverka med andra samhällsorgan när det är lämpligt. Insatserna för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med denne, och vid behov, i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar. Socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Nämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd. Kommunen ska samverka med regionen i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Därtill ska kommunen i planeringen för personer med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Förvaltningslagen (2017:900)

Enligt förvaltningslagen ska en myndighet se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. En enskild part som inleder ett ärende ska medverka genom att så långt som möjligt ge in den utredning som parten vill åberopa till stöd för sin framställning. Om det behövs ska myndigheten genom frågor och påpekanden verka för att parten förtydligar eller kompletterar framställningen

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOF S 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete från Socialstyrelsen (SOF S 2011:9) har också samverkan nämnts speciellt. Här anges att socialtjänst och den som driver insatser enligt LSS ska identifiera processer där samverkan kan ske. Det ska av processer och rutiner säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Rutiner ska beskriva hur samverkan ska bedrivas.

Socialstyrelsens handbok för ekonomiskt bistånd samt handläggning och dokumentation inom socialtjänsten

Handbok för socialtjänsten är framtaget av Socialstyrelsen och är ett stöd för arbetet inom verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd. Den vänder sig främst till handläggare och beslutsfattare inom socialtjänsten som ansvarar för ärenden rörande ekonomiskt bistånd.

Syftet med handboken är att förtydliga lagstiftningen och underlätta den praktiska tillämpningen av

Ale kommuns styrdokument och riktlinjer inom området.

Riktlinjer specificerar vad nämnden bedömer som skäligt bistånd och utgör grunden för arbetet med ekonomiskt bistånd i Ale. Riktlinjerna innehåller bedömningar och regler rörande en mängd specifika situationer där försörjningsstöd är aktuellt. Dokumentet syftar till att vägleda handläggare i sitt dagliga arbete. Den senaste versionen av bestämmelserna antogs av nämnden i april 2021.

Bilaga 3. Källförteckning

Dokumentation

- ▶ ALE-modellen
- ▶ Delårsbokslut april 2021
- ▶ Delårsbokslut augusti 2021
- ▶ Ekonomiskt bistånd - handbok för Socialtjänsten
- ▶ Ekonomiska månadsrapporter
- ▶ Internkontrollplan 2021
- ▶ Internkontroll Arbetsmarknads- och försörjningsenheten
- ▶ Kommunfullmäktiges verksamhetsplan med budget 2021
- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
- ▶ Lathund Treserva
- ▶ Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens verksamhetsplan med budget 2021
- ▶ Protokoll nämndsammanträde 2021-04-29, 2021-06-10, 2021-09-09, 2021-10-13, 2021-11-07, 2021-12-09
- ▶ Riktlinje för individ- och familjeomsorgens arbete med våld i nära relation
- ▶ Riktlinjer ekonomiskt bistånd 2021
- ▶ Rutin felaktiga utbetalningar försörjningsstöd
- ▶ Samverkansmodell IFO
- ▶ Stöd mottag beredskap
- ▶ Överklagan - steg för steg

Intervjuförteckning

- ▶ Gruppintervju socialsekreterare och 1:e socialsekreterare Försörjningsstöd, 2021-12-13
- ▶ Sektorchef och verksamhetschef, 2021-12-15
- ▶ Enhetschef och 1:e socialsekreterare Nyanlända, 2021-12-13
- ▶ Socialnämndens presidium, 2021-12-13

Bilaga 4. Metod för genomförande av stickprov

EY har i granskningen genomfört ett stickprov. Stickprovet omfattar tio slumpmässigt utvalda ärenden som inkommit under perioden den 1 maj – 30 september 2021. Tre av ärendena har handlagts vid mottagningsenheten och övriga sju vid arbetsmarknads- och försörjningsenheten. Fördelningen av ärenden är proportionerligt till antalet totalt inkomna ärenden under ovanstående period.

EY har granskat dokumentation och beslut i de utvalda ärendena. EY har i stickprovet använt en checklista som grund. Checklistan har utgått från Ale kommuns riktlinjer för ekonomiskt bistånd. EY har haft löpande kontakt med 1:e socialsekreterare vid försörjningsenheten vid genomförandet av stickprovet. Utfallet av stickprovet har genomgått sakavstämning med 1:e socialsekreterare.



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.163

Datum: 2022-06-02

Handläggare: socialsekreterare Agnes Björnsdotter

Socialnämnden

Revidering av riktlinjer för färdtjänst och riksfärdtjänst

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

anta de nya riktlinjerna för färdtjänst och riksfärdtjänst att gälla från och med 2022-10-01.

Motivering till beslut

Motivering till revidering av riktlinjerna för färdtjänst görs med bakgrund i den omvärldsbevakning som har gjorts, samt med stöd av nuvarande rättsläge som till viss del kan ha förändrats sedan 2016. Riktlinjerna har tagits fram med stöd av 4 § Lag om färdtjänst, som innebär att kommunen själva kan välja hur de vill organisera färdtjänst. Biståndsenheten har tagit fram nya punkter eller förslag för vad som ska ingå i riktlinjerna.

Sammanfattning

Efter att myndighetsutövandet för färdtjänst flyttades från Sektor Samhällsbyggnad till Sektor Socialtjänst hösten 2021 har ett nytt förslag på riktlinjer tagits fram av Biståndsenheten. I förslaget utformas de riktlinjer gällande utredningsarbetet för rätt till färdtjänst, färdtjänstområdet, färdtjänstillståndets omfattning samt färdtjänstens utförande.

Iréne Blomqvist
Verksamhetschef

Agnes Björnsdotter
Socialsekreterare

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2022-06-02

Förslag till nya riktlinjer för färdtjänst, 2022-05-23

Förslag till nya riktlinjer för riksfärdtjänst, 2022-05-23

Riktlinjer för färdtjänst antagna 2016-05-03

Riktlinjer för riksfärdtjänst antagna 2016-07-01

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Enhetschef Biståndsenheten

Förste socialsekreterare Biståndsenheten

Ärendet

Då färdtjänstuppdraget numera ligger under Sektor socialtjänst sedan hösten 2021 och att riktlinjer bör revideras regelbundet har förslag till nya riktlinjer tagits fram. Motivering till revidering av riktlinjerna för färdtjänst görs med bakgrund i den omvärldsbevakning som har gjorts, samt med stöd av nuvarande rättsläge som till viss del kan ha förändrats sedan 2016. Riktlinjerna har tagits fram med stöd av 4 § Lag om färdtjänst, som innebär att kommunen själva kan välja hur de vill organisera färdtjänst.

Ekonomisk bedömning

Ett av de nya förslagen som Biståndsenheten har tagit fram gäller automatisk rätt till ledsagare (enligt 8 § Lag om färdtjänst) för personer som har beviljats bostad med särskild service enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) 9 § 9 punkten. Detta kan innebära en ekonomisk gynnsam ändring för målgruppen då de inte behöver betala för medresenär. Ändringen har gjorts för att skapa en jämlikhet för personer som har motsvarande beslut enligt socialtjänstlagen.

Ändringen innebär även att personer som bor i trygghetsbostad inte kommer beviljas ledsagare per automatik, vilket kan innebära en ekonomisk gynnsam påverkan för kommunen. Ändringen görs med anledningen av att de personer som har förmåga att bo i en trygghetsbostad inte per automatik har så stora svårigheter som föranleder behov av, och har rätten till ledsagare.

Ett annat nytt förslag från Biståndsenheten är att den enskilde kan i vissa fall få en enstaka resa i särskilt anpassat fordon eller med trappklättrare i samband med hemgång från korttidsvistelse, även om individen inte har ett befintligt beslut om färdtjänstillstånd. Detta i syfte att möjliggöra smidigare hemgång och för att minska eventuella extrakostnader för kommunen när korttidsplatserna är fulla och det endast är hemresan som hindrar möjliggörande av en tom plats.

Invånarperspektiv

Riktlinjerna påverkar kommuninvånarna på så sätt att ett förtydligande har gjorts för personer som har svårt att förflytta sig eller att resa med de allmänna kommunikationerna. Förtydligandet avser förutsättningarna för färdtjänst, hur färdtjänsten är utformad, samt begränsningar rörande rätten till färdtjänst.

I förslaget till de nya riktlinjerna har ett ökat fokus tagits för personer med personkretstillhörighet enligt LSS samt målgruppen barn och ungdomar. Med stöd av att barnkonventionen blev lag 2020 har barnets perspektiv lyfts i det nya förslaget. Ett ökat fokus har även tagits för personer inom LSS, detta genom att belysa att dessa resenärer även bör ha rätt till ledsagare vid beslut om färdtjänst. Detta för att inte särskilja rätten till hjälp under färdtjänstresan avhängt på ålder enbart. Detta innebär att målgruppen LSS i relation till färdtjänstfrågan normaliseras och inkluderas mer än tidigare.

Ett förtydligande av begränsningarna gällande vilka resor som är färdtjänstresor och vilka resor tillhandahålls av annan huvudman innebär att kommuninvånarna får en ökad förståelse för vilken myndighet denne bör vända sig till för olika resor.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Socialnämnden beslutar att de nya riktlinjerna för färdtjänst skall gälla från och med 2022-10-01.

Förvaltningens bedömning

Fördelarna med att anta de nya riktlinjerna innebär att handläggandet av färdtjänstärenden är mer i linje med det aktuella rättsläget, kunskapsläget och är mer anpassat efter kommuninvånarnas behov. Det innebär även att handläggandet kan effektiveras då de nya riktlinjerna kan leda till att handläggare kan inhämta information från ett samlat dokument och inte behöver upprätta nya rutiner och lathundar. Att riktlinjerna tydliggörs innebär även en ökad samsyn gällande vad färdtjänst innebär samt att handlägningsförfarandet blir mer rättssäkert. Tydliga riktlinjer ger inte utrymme till olika tolkningar av lagen, vilket i sin tur ökar rättssäkerheten. En fördel med det nya förslaget gällande enstaka resor vid hemgång från korttidsvistelse är ökad samverkan mellan myndighet (Biståndsenheten) och utförare (korttidsboendet), då en smidigare hemgång kan ske med dessa typer av resor.

Riktlinjer för riksfärdtjänst i Ale kommun

Gäller fr o m 2016-07-01

(Antagna av kommunstyrelsen 2016-05-03 §101)

Allmänt

Enligt lag (SFS 1997:735) om riksfärdtjänst har folkbokföringskommunen skyldighet att pröva frågor om tillstånd och lämna ersättning för kostnader utöver normala reskostnader till dem, som på grund av ett stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt. Denna skyldighet har kommunfullmäktige ålagt kommunstyrelsen.

Riksfärdtjänst beviljas med stöd av lag om riksfärdtjänst och i enlighet med kommunens riktlinjer, antagna av kommunstyrelsen.

Kommunstyrelsen får besluta om avsteg från riktlinjerna efter individuell prövning i det enskilda fallet.

Riktlinjer för riksfärdtjänst

Generella föreskrifter

- Ansökan ska ske senast 14 arbetsdagar innan önskad resdag för att beslut ska hinna fattas och biljetter eller andra färdhandlingar ska kunna införskaffas innan resan ska äga rum. Inför storhelger måste ansökan ske tidigare eftersom tillgången på biljetter och färdmedel ofta är begränsad.

Vid akuta händelser, t.ex. begravning eller anhörigs allvarliga sjukdom, kan ett ärende behandlas med förtur, om detta är en förutsättning för att resa ska kunna komma till stånd.

- Funktionshinder ska vara bestående i minst sex månader för att tillstånd till riksfärdtjänst ska kunna beviljas.
- Ändamålet med resan ska vara rekreation, fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet. Ändamålet med resan ska anges vid ansökan.
- Tillstånd till riksfärdtjänst kan erhållas för en viss resa eller, om särskilda skäl föreligger, för ett visst antal resor med samma ändamål och till samma resmål.
- Tillstånd till riksfärdtjänst kan erhållas för resa med det eller de färd sätt som med hänsyn till sökandens förutsättningar medför lägst kostnad för kommunen.

Detta innebär att resa med riksfärdtjänst ska ske

- i första hand med allmänna kommunikationer,
 - i andra hand genom en kombination av allmänna kommunikationer och taxi,
 - i tredje hand genom en kombination av allmänna kommunikationer och ett för ändamålet särskilt anpassat fordon,
 - i fjärde hand taxi hela vägen,
 - i femte hand ett för ändamålet särskilt anpassat fordon hela vägen.
- Tillstånd till riksfärdtjänst kan inte avse resa med privat bil, hyrt fordon eller liknande.
 - Person som måste ha hjälp av någon annan person för att kunna genomföra en riksfärdtjänstresa kan efter ansökan beviljas ledsagare. Ledsagaren ska kunna tillgodose den riksfärdtjänstberättigades behov av hjälp under resan. Behovet av hjälp ska vara knutet till själva resan. Behov av hjälp enbart på resmålet ger inte rätt till ledsagare. Ledsagare ska påbörja och avsluta resan på samma plats som riksfärdtjänstresenären.
 - Person med assistans enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) eller enligt Socialförsäkringsbalken 51 kap. (tidigare enligt LASS, lag om assistansersättning) beviljas alltid tillstånd till ledsagare.
 - Vid riksfärdtjänstresa med taxi eller ett för ändamålet särskilt anpassat fordon får riksfärdtjänstberättigad person ta med en medresenär.
 - Riksfärdtjänstberättigad person får vid sådan resa även ta med egna barn under 16 år, dock inte flera än att den riksfärdtjänstberättigade samt eventuell ledsagare, annan medresenär och egna barn ryms i ett fordon.
 - Är den riksfärdtjänstberättigade ett barn under 16 år får barnet även ta med syskon under 16 år, dock inte flera än att det riksfärdtjänstberättigade barnet samt eventuell ledsagare, annan medresenär och syskon ryms i ett fordon.
 - Vid riksfärdtjänstresa med allmänna kommunikationer ingår den service som aktuellt reseföretag erbjuder. Utöver egen ledsagare, om detta beviljats, kan ledsagning erhållas vid de flesta stationer enligt gällande bestämmelser, utan avgift.
 - Vid resa med taxi eller särskilt anpassat fordon får bagage som ska tas med på resan bestå av högst 2 kollo och väga sammanlagt högst 20 kilo.

- Vid resa med taxi eller särskilt anpassat fordon ingår allmän service såsom hjälp in i och ur bilen, ledsagning vid byte till annat fordon eller färdmedel, hjälp från avhämtningsadressens entré till fordonet och från fordonet till resmålet entré, hjälp med bagage och med de hjälpmedel som behövs för resans genomförande samt med de gånghjälpmedel i form av manuell rullstol eller rollator eller kryckor eller käppar som resenären behöver på resmålet.
- Vid riksfärdtjänstresa på annan ort samt vid anslutningsresa vid resmålet med färdtjänst eller riksfärdtjänst med taxi eller ett för ändamålet särskilt anpassat fordon, gäller dock vistelsekommunens bestämmelser om medresenärer, bagage och om allmän service.
- Riksfärdtjänstresa får, när så är möjligt med hänsyn till ändamålet med resan, förskjutas med upp till sex timmar före eller efter önskad avresetid för att möjliggöra inköp av biljetter till lägsta kostnad eller möjliggöra samåkning vid resa med taxi eller med för ändamålet särskilt anpassat fordon.
- Avbeställning av resa som inte blir av ska vid resa med allmänna kommunikationer ske enligt reseföretagets bestämmelser. Vid resa med taxi eller ett för ändamålet särskilt anpassat fordon måste avbokning ske innan klockan 12.00, vardagen innan resan skulle ha ägt rum. Avgift för resa som inte avbokas debiteras enligt kommunfullmäktiges beslut.

Avgifter

- Tillståndshavarens avgift för resa med riksfärdtjänst bestäms av regeringen och anges i förordningen (1993:1148) om egenavgifter vid resor med riksfärdtjänst.
- Ledsagare betalar ingen avgift.
- Avgifter för medresenärer och för inställd resa som inte avbokas beslutas av kommunfullmäktige.

Resor för vilka riksfärdtjänst inte beviljas

Riksfärdtjänst är avsedd för enskilda personers privatresor. Ändamålet ska vara rekreation, fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet. Det innebär att riksfärdtjänst inte beviljas för följande typer av resor:

- Resor för färdtjänstberättigade som i sin helhet kan ske med färdtjänst
- Resor vars ändamål är arbete, utbildning eller medicinsk vård eller behandling
- Tjänsteresor
- Resor inom socialtjänsten, t ex utflykter och liknande resor som arrangeras som gruppresor för funktionsnedsatta eller äldre personer i ett boende

- Resor inom skolan, t ex. skolresor, resor i samband med studiebesök, badresor m.m. Detsamma gäller inom förskole- och fritidshemsverksamheten
- Resor inom verksamhet som bedrivs av regionen, t.ex. resor som arrangeras för personer på sjukvårdsinrättningar, resor inom av regionen bedrivna skolor, etc
- Resor inom en verksamhet som staten är huvudman för, t.ex. institutioner som drivs av staten
- Resor inom privat drivna verksamheter, t.ex. privata skolor, barnomsorg i privat regi, privata företag, stiftelser eller dylikt som bedriver sjukvård, äldrevård m.m.
- Resor som av någon annan anledning ska bekostas av det allmänna (dvs staten, regionen eller annan kommunal verksamhet), t ex sjukresor, skolskjuts, ambulanstransporter resor i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering eller andra resor som Försäkringskassan ska bekosta.

Riktlinjer för färdtjänst i Ale kommun

Gäller fr o m 2016-07-01

(Antagna av kommunstyrelsen 2016-05-03 § 100)

Allmänt

Varje kommun ansvarar för att färdtjänst av god kvalitet anordnas inom kommunen och, om det finns särskilda skäl, mellan kommunen och en annan kommun.

Lag (SFS 1997:736) om färdtjänst reglerar rätten till färdtjänst. Som komplement till lagen gäller dessa riktlinjer, antagna av kommunstyrelsen.

För tillstånd till färdtjänst som beviljats före den 1 januari 1998 enligt då gällande lagstiftning (socialtjänstlagen) ska av riksdagen beslutade övergångsbestämmelser (SFS 1999:338) tillämpas.

Kommunstyrelsen får besluta om avsteg från riktlinjerna efter individuell prövning i det enskilda fallet.

Riktlinjer för färdtjänst

Generella föreskrifter

- Funktionshinder ska vara bestående i mer än tre månader för att färdtjänst ska kunna beviljas.
- Tillstånd för färdtjänst beviljas i de flesta fall för viss tid. Tillståndshavaren ansöker själv om nytt tillstånd i anslutning till att tillståndet löper ut, om fortsatt färdtjänst önskas.
- För personer med omfattande och bestående funktionshinder och för personer med mycket hög ålder kan färdtjänst beviljas tills vidare.
- Tillståndet gäller för resor till resmål i Ale kommun och till, från, inom och mellan samtliga övriga kommuner i Västra Götalands län, samt Kungsbacka kommun. För öar i skärgården gäller tillståndet dock endast där allmänna kommunikationer finns.
- Färdtjänstresor kan ske under hela dygnet och årets alla dagar. Beställning och avbokning av resa sker hos Västtrafiks beställningscentral i enlighet med Ale kommuns avtal med Västtrafik. Avbeställning av resa som inte blir av ska göras i så god tid som möjligt innan resan skulle påbörjats. Avgift gällande för sent eller icke avbokad resa beslutas av kommunfullmäktige.
- Färdtjänst kan beviljas till och från allmänna kommunikationer för person som har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och som därigenom har svårt att ta sig till och från hållplats eller station, men som kan resa med buss eller tåg. Färdtjänst kan dock inte beviljas enbart för att allmänna kommunikationer saknas eller går på tider som inte passar resenären.

- Antalet färdtjänstresor är inte begränsat generellt. Ett enskilt färdtjänstillstånd kan dock efter individuell prövning förenas med föreskrifter om hur många resor tillståndet omfattar.
- Färdtjänstfordonet gör inga stopp under färdtjänstresans gång och väntar inte medan ärenden utträttas. Resor sker till beställt resmål och inte via annan adress.
- Färdtjänstresor samordnas och samåkning sker.
- Undantag från samåkning kan beviljas om särskilda skäl föreligger. Detta kräver särskilt beslut.
- Särskild plats i fordonet kan beviljas om tillståndshavarens hälsotillstånd eller funktionshinder motiverar detta. Detta kräver särskilt beslut.
- Liggande transport tillhandahålls inte.
- I resorna ingår allmän service såsom hjälp in i och ur bilen och hjälp med säkerhetsbältet samt vid behov ledsagning från avhämtningsadressens entré till fordonet och från fordonet till resmålens entré.
- I förekommande fall ingår också hjälp med de hjälpmedel som behövs för resans genomförande.
- Gånghjälpmedel som inte behövs under själva resan utan som resenären behöver på resmålet får tas med om de inte föranleder behov av annan fordonstyp än vad som krävs för att färdtjänstresan ska kunna genomföras.
- Förskrivna förflyttningshjälpmedel som behövs vid resmålet och som föranleder annan fordonstyp får dock tas med vid högst 10 enkelresor per 12 månadersperiod.
- Av arbetsmiljöskäl tillhandahålls inte bärhjälp.
- Förflyttning av resenär med trappklättrare uppför eller nedför trappa före eller efter resa kan endast ske i mycket begränsad omfattning och endast i anslutning till hemadressen. Tillstånd för trappklättrare gäller endast under högst 6 månader.
- Trappklättring kräver särskilt beslut av kommunen och måste beställas samtidigt som resan. Trappklättring sker utifrån Västtrafiks gällande riktlinjer för trappklättring och får ske endast i de fall förflyttning kan utföras på ett säkert sätt. Ytterst är det föraren som vid varje enskilt tillfälle avgör om trappklättring kan utföras på ett för resenär och förare säkert sätt. Resenären ansvarar för att rullstolen är lämplig för trappklättrare. Trappklättrare kan inte användas i trappa utomhus.
- Bagage som ska tas med på resan får bestå av högst 2 kolli om vardera 20 kg. Enligt Västtrafiks regelverk får inga stora väskor eller skrymmande saker tas med. Chauffören hjälper vid behov till med bagage från avhämtningsadressens entré och till fordonet och från fordonet till resmålens entré

- Färdtjänstberättigad person som måste ha hjälp av någon annan person i fordonet för att kunna genomföra själva färdtjänstresan kan efter ansökan beviljas ledsagare. Ledsagaren ska kunna tillgodose den färdtjänstberättigades behov av hjälp under resan. Behovet av hjälp ska vara knutet till själva resan. Behov av hjälp enbart på resmålet ger inte rätt till ledsagare. Ledsagare ska påbörja och avsluta resan på samma plats som färdtjänstresenären.
- Färdtjänstberättigad som bor på särskilt boende (även trygghetsboende) beviljas alltid tillstånd till en ledsagare.
- Om det finns särskilda skäl får ett färdtjänstillstånd förenas med villkor om att ledsagare ska medfölja en tillståndshavare vid färdtjänstresor.
- Färdtjänstberättigad får ta med medresenärer vid färdtjänstresa, dock inte flera än att den färdtjänstberättigade, eventuell ledsagare och medresenärer ryms i ett färdtjänstfordon. Medresenär ska påbörja och avsluta resan på samma plats som färdtjänstresenären.
- Barn under 7 år får inte företa färdtjänstresa utan vuxens sällskap. För bilstol/bilkudde ansvarar vårdnadshavare.
- Ledar-, service- och signalhund får tas med vid färdtjänstresa. Särskilt beslut krävs.
- Sällskapsdjur får av hänsyn till andra resenärer inte tas med vid färdtjänstresa.

Resor i annan kommun

- Ansökan kan göras om resor i annan kommun. Vid tillfällig vistelse i annan kommun gäller tillståndet för resor i vistelsekommunen och angränsande kommuner. Vid arbete eller studier i annan kommun, eller om det i övrigt finns särskilda skäl, kan giltighetstiden efter individuell prövning avse längre tid än tillfällig vistelse. Antalet resor i annan kommun kan efter individuell prövning begränsas.
- Tillståndshavaren beställer och betalar själv sin färdtjänstresa och får ersättning i efterhand mot uppvisande av taxameterkvitto.
- Vid anslutningsresor med färdtjänst till allmänna kommunikationer får resor ske över flera kommuner, om detta krävs för att resenären ska nå sitt resmål.
- Vid flyttning till annan kommun gäller tillståndet i inflyttningskommunen under högst en månad.

Arbetsresor

- Person som beviljats färdtjänst och som förvärvsarbetar minst halvtid kan efter särskild ansökan beviljas arbetsresor (två enkelresor) mellan ordinarie bostad (folkbokföringsadress) och arbetsplats inom Ale kommun och angränsande kommuner samt Mölndals stad. Vid arbetsresor tillåts ej medresenär.

Avgifter

- Kommunfullmäktige beslutar om alla avgifter inom färdtjänsten.

Resor för vilka färdtjänst inte får användas

- Färdtjänst är avsedd för enskilda personers privatresor och får inte användas för följande typer av resor:
- Tjänsteresor
- Resor inom socialtjänsten, t ex utflykter och liknande resor som arrangeras som gruppresor för funktionsnedsatta eller äldre personer i ett boende
- Resor inom skolan, t ex skolresor, resor i samband med studiebesök, badresor m.m. Detsamma gäller inom förskole- och fritidshemsverksamheten.
- Resor inom verksamhet som bedrivs av regionen, t.ex. resor som arrangeras för personer på sjukvårdsinrättningar, resor inom av regionen bedrivna skolor, etc.
- Resor inom en verksamhet som staten är huvudman för, t.ex. institutioner som drivs av staten
- Resor inom privat drivna verksamheter, t.ex. privata skolor, barnomsorg i privat regi, privata företag, stiftelser eller dylikt som bedriver sjukvård, äldrevård m.m.
- Resor som av någon annan anledning ska bekostas av det allmänna (dvs staten, regionen eller annan kommunal verksamhet), t ex sjukresor, skolskjuts, ambulanstransporter, resor i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering eller andra resor som ska bekostas av Försäkringskassan.



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.30

Datum:

Verksamhetschef Iréne Blomqvist

Socialnämnden

Revidering av socialnämndens delegationsordning avseende beslut att begära polishandräckning enligt 43 § 1 stycket 2 p LVU

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

Delegera beslutanderätten att begära polishandräckning enligt 43 § 1 stycket 2 p LVU till personligt förordnande tjänstemän på socialjouren.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Delegeringsordningen är ett levande dokument som fortlöpande måste uppdateras för att anpassas till ny lagstiftning, föreskrifter och förändringar inom kommunens verksamhet. Sektor socialtjänst har tagit fram ett förslag att beslutanderätten för polishandräckning enligt 43 § 1 stycket 2 p LVU, ska delegeras till personligt förordnande tjänstemän på socialjouren för att bättre vara anpassad till verksamheten. Sektor socialtjänst har avtal med socialjouren i Göteborgs stad och de hanterar alla akuta ärenden utanför kontorstid. Ett beslut om att delegera beslutanderätten för polishandräckningen till tjänstemän på socialjouren skulle skapa mer effektivitet och skapa förutsättningar för socialjouren att utföra sitt uppdrag till fullo.



Iréne Blomqvist
Verksamhetschef

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande,

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:
Socialjouren, Göteborgs stad

För kännedom:
Nämndsekreterare socialnämnden

Ärendet

Sektor socialtjänst har avtal med socialjouren i Göteborgs stad och de hanterar alla akuta ärenden utanför kontorstid. Ett beslut om att delegera beslutanderätten för polishandräckningen till tjänstemän på socialjouren skulle skapa mer effektivitet och skapa förutsättningar för socialjouren att utföra sitt uppdrag till fullo.

De tjänstemän som behöver ha delegation på att fatta beslut om polishandräckning är:

Anna Bergman Förste socialsekreterare
Ann Christin Sun Förste socialsekreterare
Annika Winberg Förste socialsekreterare
Lena Biström Förste socialsekreterare
Simone Skovbye Förste socialsekreterare

Anna Medveczky Socialsekreterare
Anneli Ulfson Socialsekreterare
Annika Bengtsson Socialsekreterare
Ann-Sofie Medin Socialsekreterare
Barbro von Brömssen Socialsekreterare
Christina Carlsson Socialsekreterare
Christine Dahlfors Socialsekreterare
Dennis Ragnarsson Socialsekreterare
Fatima Rödin Socialsekreterare
Henric Nilsson Socialsekreterare
Jacob Johanen Socialsekreterare
Jeanette Lindgren Socialsekreterare
Joan Bergkvist Socialsekreterare
Karin Berglin Socialsekreterare
Kristina Andréasson Socialsekreterare
Lena Bremell Socialsekreterare



Lilian Siversen	Socialsekreterare
Maja Graaf	Socialsekreterare
Maria Hellström	Socialsekreterare
Marianne Svensson	Socialsekreterare
Marie Carlsson	Socialsekreterare
Martin Karlsson	Socialsekreterare
Martina Segrell	Socialsekreterare
Monica Olsson	Socialsekreterare
Mikael Andersson	Socialsekreterare
Nahid Fardh	Socialsekreterare
Nina Sköld	Socialsekreterare
Sofia Wilde	Socialsekreterare
Sofie Ask	Socialsekreterare
Terese Norling	Socialsekreterare
Tuula Sihvonen	Socialsekreterare
Ulrika Ölund	Socialsekreterare
Yasmine Manikarou	Socialsekreterare
Åsa Andersson	Socialsekreterare

**Ekonomisk bedömning**

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2022.30

Datum: 2022-06-02

Enhetschef: Mattias Leufkens

Socialnämnden

Tillfällig delegering av beslutanderätt i alkohol- och tobaksärenden

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att delegera beslutanderätten i alkoholärenden, när det gäller att bevilja ansökningar om *stadigvarande serveringstillstånd* enligt 8 kap 2 § alkohollagen (2010:1622), till enhetschef enheten för ledningsstöd och utveckling. Avslagsbeslut delegeras till ordförande i socialnämnden. Denna tillfälliga delegering ska gälla från och med den 21 juni 2022 till och med den 31 augusti 2022.

att delegera beslutanderätten i tobaksärenden, när det gäller att avslå ansökningar om tillstånd att försälja tobaksvaror enligt 5 kap 1 och 3 §§ lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter, till ordförande i socialnämnden. Denna tillfälliga delegering ska gälla från och med den 21 juni 2022 till och med den 31 augusti 2022.

att paragrafen justeras omedelbart.

Sammanfattning

Delegeringsordningen är ett levande dokument som fortlöpande måste uppdateras för att anpassas till ny lagstiftning, föreskrifter och förändringar inom kommunens verksamhet. Sektor socialtjänst har tagit fram ett förslag till tillfällig delegering för sommaren 2022 gällande verksamhetsområde alkohol- och tobak, som är bättre anpassad till verksamheten under sommaren och behovet av snabb, effektiv och rättssäker ärendehantering.

När det gäller att bevilja ansökningar om *stadigvarande serveringstillstånd* enligt 8 kap. 2 § alkohollagen (2010:1622) föreslås beslutanderätten delegeras till enhetschef enheten för ledningsstöd och utveckling. Avslagsbeslut föreslås delegeras till ordförande i socialnämnden. Denna tillfälliga delegering är nödvändig för att verksamheten ska fungera under sommaren på ett bra sätt, eftersom socialnämnden inte sammanträder. Den tillfälliga delegeringen föreslås gälla från och med den 21 juni 2022 till och med den 31 augusti 2022.



När det gäller att avslå ansökningar om tillstånd för försäljning av tobaksvaror enligt 5 kap 1 och 3 §§ lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter föreslås beslutanderätten delegeras till ordförande i socialnämnden. Denna tillfälliga delegering är nödvändig för att verksamheten ska fungera under sommaren på ett bra sätt, eftersom socialnämnden inte sammanträder. Den tillfälliga delegeringen föreslås gälla från och med den 21 juni 2022 till och med den 31 augusti 2022.

Mattias Leufkens
Enhetschef enheten för ledningsstöd och utveckling

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Tillfällig delegering av beslutanderätt i alkohol- och tobaksärenden, 2022-06-02

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Nämndsekreterare

För kännedom:

Enhetschef enheten för ledningsstöd och utveckling
Tillståndsenheten, Göteborgs Stad



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.147

Datum: 2022-06-02

Verksamhetschef funktionsstöd Taija Tuomilehto Holmberg

Socialnämnden

Uttlysning av statsbidrag till kommuner för 2022 för habiliteringsersättning, Dnr 9.2-11543/2022, Rekvisitionen har Dnr 15126/2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

rekvirera statsbidrag gällande habiliteringsersättning för funktionsstödsverksamheten 2022, samt ansöker om ytterligare medel som eventuellt blir över efter sista rekvisitionsdatum. Statsbidraget för Ale kommun enligt beräkningsnyckeln för år 2022 är 977 986 kr

Socialnämnden beslutar att

utbetalningen sker i september för första halvåret och i december för andra halvåret. Vid första utbetalningstillfället bedöms beloppet för heltid till 5 000 kronor och för deltid 3 500 kronor, beroende på antalet brukare och deras respektive arbetstid.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela medel till kommunerna genom stimulansbidrag för habiliteringsersättning. Statsbidraget får användas av kommunerna i syfte att införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, eller bibehålla 2020 - 2021 års höjningar som föregående års statsbidrag för habiliteringsersättning möjliggjorde. Statsbidraget för Ale kommun enligt beräkningsnyckeln för år 2022 är 995 669 kr.

Möjlighet finns att även söka ytterligare medel som återstår av statsbidraget, om någon eller några kommuner avstår från att rekquirera bidraget.



Ebba Gierow
Sektorchef

Taija Holmberg
Verksamhetschef

Beslutsunderlag

Utlysning av statsbidrag till kommuner för habiliteringsersättning 2022, 2021-04-07

Tjänsteutlåtande, 2022-06-02

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Controller

Administrationen, enheten för ledningsstöd och utveckling

För kännedom:

Enhetschef daglig verksamhet

Kontaktpersonal daglig verksamhet

Rådet för funktionshinderfrågor

Ärendet

Daglig verksamhet finns som ett alternativ för personer som inte förvärvsarbetar eller studerar. Habiliteringsersättningen är tänkt som en motivation för deltagande, men är för många också en viktig del i privatekonomin. Ersättningen bidrar till fullt deltagande i samhällslivet och ger möjlighet att leva som gemene man.

Nuvarande habiliteringsersättning i Ale kommun beslutades av Omsorgs-och arbetsmarknadsnämnden 2013 och är för heltid (över 6 h/dag) 40 kronor per dag, för deltid (upp till 6 h/dag) 28 kronor per dag.

Socialstyrelsen utlyser under 2022 stimulansmedel till alla kommuner med målet att införa eller öka habiliteringsersättningen. Ale kommun har möjlighet att rekvirera statsbidrag om 995 669 kr, som tilldelats kommunen utifrån antal personer med insatsen daglig verksamhet enligt LSS.

Under 2021 rekvirerades 977 986 kronor. Då flera kommuner inte rekvirerade statsbidraget begärde Ale kommun att få överskjutande del utifrån Socialstyrelsens fördelningsnyckel och erhöll totalt 1 075 825 kronor. Under 2020 rekvirerades 944 120 kronor för att öka habiliteringsersättningen.

Ekonomisk bedömning

Antalet brukare är cirka 125 stycken, varav ungefär hälften arbetar full tid och resten deltid. Antalet brukare varierar under året likaså deras respektive arbetstid. Samtliga brukare, som påbörjat eller avslutat sin insats under året, kommer att få ta del av utbetalningarna. En avräkning kommer att ske i augusti med utbetalning i september för första halvåret. Vid första utbetalningstillfället bedöms beloppet för heltid till 5 000 kronor och för deltid 3 500 kronor, beroende på antalet brukare och deras respektive arbetstid. Då antalet brukare under hösten kan vara förändrat görs en ny beräkning inför slutlig utbetalning.

Resterande del av statsbidraget regleras och utbetalas i december.

Invånarperspektiv

Statsbidraget riktar sig till en målgrupp med begränsade ekonomiska resurser och uppmärksammar deras insatser i den dagliga verksamheten.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Om socialnämnden fattar beslut om att ansöka om statsbidrag för habiliteringsersättning kommer sektorns controller att rekvirera statsbidraget. Utbetalning av habiliteringsersättning kommer att administreras av avgiftshandläggare inom sektorn.

En avräkning kommer att ske i augusti med utbetalning i september för första halvåret. Vid första utbetalningstillfället bedöms beloppet för heltid till 5 000 kronor och för deltid 3 500 kronor, beroende på antalet brukare och deras respektive arbetstid.

Resterande del av statsbidraget regleras och utbetalas i december.

Information ska lämnas till enhetschef och kontaktpersonal inom daglig verksamhet.

Information om habiliteringsersättning ska även lämnas till brukare och eventuella företrädare.

Rådet för funktionshinderfrågor ska informeras om att ansökan om statsbidrag för habiliteringsersättning är gjord.

Åtterrapporing ska ske till Socialstyrelsen, om hur kommunen använt statsbidraget, när detta begärs.

Förvaltningens bedömning

Sektorns bedömning är att det är viktigt att Ale kommun söker aktuellt statsbidrag, i syfte att ge kommunens deltagare på daglig verksamhet möjlighet att ta del av Socialstyrelsens satsning gällande habiliteringsersättning.

Från: Anna Rasmussen <anna.rasmussen@ale.se> **För** FN-KOMMUN

Skickat: den 7 april 2022 14:58

Till: FN-Socialnämnden <socialnamnden@ale.se>

Ämne: VB: Utlysning av Statsbidrag till kommuner för 2022 för habiliteringsersättning

Från: Socialstyrelsen <robin.bjork@socialstyrelsen.se>

Skickat: den 7 april 2022 14:53

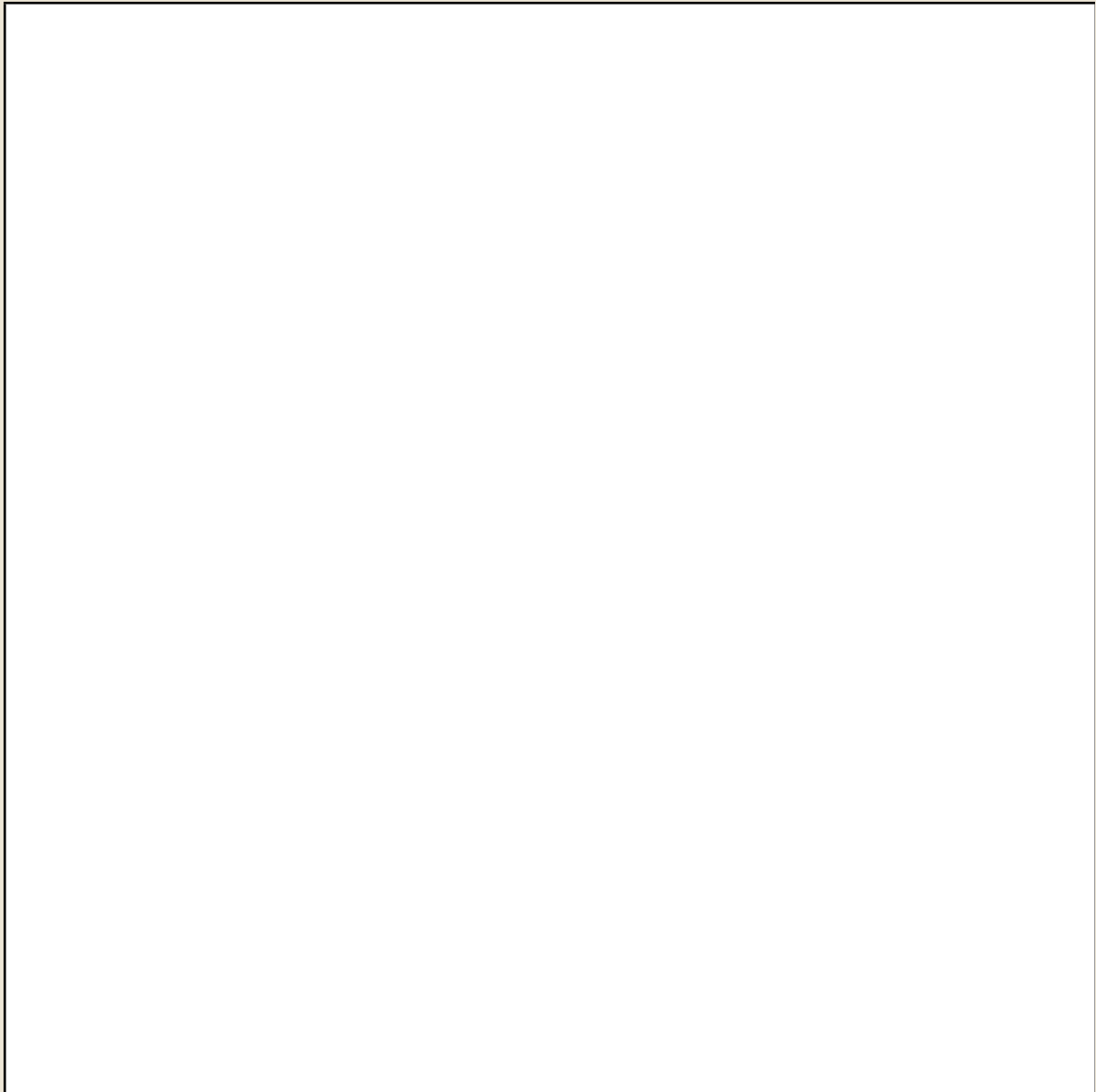
Till: FN-KOMMUN <kommun@ale.se>

Ämne: Utlysning av Statsbidrag till kommuner för 2022 för habiliteringsersättning

2022-04-07

,

[Klicka här för att läsa brevet i din webbläsare](#)



**Statsbidrag till kommuner för 2022
för habiliteringsersättning**

Nu kan er kommun rekvirera medel för 2022

Dnr 9.2-11543/2022

Socialstyrelsen har lyst ut statsbidrag till kommuner i syfte att införa, bibehålla eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (habiliteringsersättning).

Medlen är avsedda för habiliteringsersättning och ska betalas via dagpenning utifrån deltagande i daglig verksamhet enligt LSS

Läs om statsbidraget och rekvirera via vår e-tjänst på [statsbidragets webbsida](#).
Ni hittar även anvisningarna och fördelningslistan för bidraget på denna sida.

Inkom med rekvisitionen senast den **1 juni 2022**.

Rekvirering görs i vår e-tjänst. Kontrollera vem som är ombud för er region.
Ombudet kan bjuda in flera som representanter. Läs mer om behörigheterna [här](#).

Läs mer om vår e-tjänst och att bli ombud [här](#).

Med vänlig hälsning

.....
Robin Björk
Samordnare
075-247 31 12
SOCIALSTYRELSEN
Avdelningen för behörighet och statsbidrag
Statsbidrag
106 30 Stockholm
Växel 075-247 30 00

www.socialstyrelsen.se

[Prenumerera på vårt nyhetsbrev](#)

Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

[Läs om hur vi hanterar dina personuppgifter](#)

Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm, 075-247 30 00



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2022.125

Datum: 2022-06-02

Administrativ chef Mattias Leufkens

Socialnämnden

Modell för hyreshöjningar i sektor socialtjänsts boenden

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att fortsatt köpa tjänsten hyresförhandling av fastighetsägarna Alebyggen och Rikshem. För de kommunägda boendena görs samma årliga höjning som sektor service gör gentemot sektor socialtjänst, två procent (2%).

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

I syfte att likställa villkoren för hyresgäster som hyr bostäder i andra hand av Ale kommun och att undvika skillnader i hyresintäkter mellan olika boenden och verksamheter, har sektor socialtjänst gjort en översyn av vilka möjligheter som finns. Det alternativ som bedömts som bäst och mest rättvist är att fortsatt köpa tjänsten hyresförhandling av externa fastighetsägare samt att gör årliga höjningar för de kommunägda boendena med samma procent som sektor service gör gentemot sektor socialtjänst.

Ebba Gierow
Sektorchef

Mattias Leufkens
Administrativ chef

**Beslutsunderlag**

Tjänsteutlåtande, 2022-06-02

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Avgiftshandläggare, sektor socialtjänst

För kännedom:

Sektor service

Ärendet

Årlig höjning av hyror för hyresgäster som bor i boenden inom sektor socialtjänsts verksamheter görs olika beroende av dels om Ale kommun köper tjänsten av berörda fastighetsägare, dels vem som är fastighetsägare. För några objekt har inga höjningar alls gjorts.

Sektor socialtjänst har med anledning av detta gjort en översyn av möjliga lösningar för att åstadkomma en mer likvärdig hyressättning i sektorns boenden.

De alternativ som setts över är att förhandla själva, där kommunen antingen behöver inhämta kompetens för detta eller köpa in tjänsten direkt i stället för via fastighetsägare; infasning av procentuell höjning, vilket skulle innebära olika villkor för hyresgäster inom samma boende. Detta bedöms kunna leda till negativa synpunkter från hyresgäster som missgynnas samt även att där föreligger risk för ärenden till hyresnämnden. Det tredje alternativet, som i utredningen bedömts som den bästa och mest rättvisa, är att fortsatt köpa tjänsten hyresförhandling av de externa fastighetsägarna samt att göra årliga höjningar för de kommunägda boendena med samma procent som sektor service gör gentemot sektor socialtjänst.

Ekonomisk bedömning

Den skillnad som uppstår mellan hyreshöjning som fastighetsägare gör gentemot Ale kommun och hyreshöjning som Ale kommun, genom ombud, gör gentemot andrahandshyresgäst leder till att Ale kommun går miste om hyresintäkt. Skillnader mellan boenden gör att olika verksamheter påverkas olika av differensen.

Invånarperspektiv

De hyresgäster som hyr sina bostäder i andra hand av Ale kommun får olika villkor för sitt boende med anledning av att olika nivå på hyreshöjning görs. Då hyresgästerna i boenden inom sektor socialtjänsts verksamheter ofta inte har valmöjligheter gällande vilket boende de får placering på, är det av stor vikt att i möjligaste mån likställa nivån villkoren för hyreshöjningar.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Jordabalkens kapitel 12, hyreslagen, har beaktats i detta ärende.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Tjänstemän inom sektor socialtjänst som upprättar hyreskontrakt med sektorns andrahandshyresgäster i boenden med Ale kommun som fastighetsägare skriver in i hyreskontrakt att höjning kommer göras procentuellt varje år. Sektor service samråder med externa fastighetsägare om att fortsatt köpa in tjänsten hyresförhandling för berörda objekt.

Förvaltningens bedömning

Sektor socialtjänst har i samverkan med kommunjurister och sektor service gjort bedömningen att den bästa och mest rättvisa lösningen är att fortsatt köpa tjänsten hyresförhandling via externa fastighetsägare.

Bedömning från jurister att lagen inte medger ändring till att höja procentuellt utan att skriva om samtliga nuvarande hyreskontrakt med våra hyresgäster, där det står att förhandling sker. Enligt jordabalken kapitel 12 är det inte heller möjligt att göra större höjningar än vad fastighetsägaren gör mot Ale kommun som hyresgäst.

På Ale Seniorcentrum och Garverigränd har höjning med två procent gjorts årligen sedan 2019, i enlighet med hyreskontrakt. På Backavik gjordes den första höjningen 2021, då med två procent, även det i enlighet med hyreskontrakt. Synpunkter från hyresgäster där har främst gällt hyresnivån och att man vid inflyttning betalar flera hyror samtidigt, så hyra betalas i förskott. Många av sektorns hyresgäster har låg inkomst.

För kommunägda lokaler höjs hyran från sektor service årligen med två procent, för dessa kan vi därför göra motsvarande höjning.



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2022.127

Datum: 2022-06-09

Kommunjurist Josefin Thorn Tuvestad

Socialnämnden

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att föreslå kommunstyrelsen besluta att föreslå kommunfullmäktige att avstå att underteckna det reviderade Hälsö- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Kommunen har erhållit förslag på det hälso- och sjukvårdsavtal som avser reglera samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Västra Götalands 49 kommuner och Västra Götalandsregionen har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdsansvar i ett Hälsö- och sjukvårdsavtal. I revidering inför ny avtalsperiod omfattar avtalet även fyra överenskommelser som berör områden som huvudmännen enligt lag är skyldiga att samverka/komma överens om. Dessa överenskommelser ligger med som bilagor till avtalet.

Det pågår idag en omställning av dagens hälso- och sjukvårdssystem, från en vård som av tradition är uppbyggd på akutsjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där alltmer vård ska ske i den enskildes hem. Hälsö- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner beskriver i vilka sammanhang som regionen överlåter skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet för patienter med behov av vård i hemmet över tid.

Förvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskade förtydliganden kring kommunens- respektive regionens primärvårdsansvar. I avtalsförslaget återfinns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. Det bedöms dessutom tveksamt om samtliga skrivningar i avtalet är förenliga med gällande lagstiftning.

Ebba Gierow
Sektorchef

Josefin Thorn Tuvestad
Kommunjurist

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2022-06-09

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, 2022-03-29

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Sektorchef sektor socialtjänst

För kännedom:

Kommunjurist

Ärendet

Kommunen har erhållit förslag på det hälso- och sjukvårdsavtal som avser reglera samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Västra Götalands 49 kommuner och Västra Götalandsregionen har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdsansvar i ett Hälso- och sjukvårdsavtal. I revidering inför ny avtalsperiod omfattar avtalet även fyra överenskommelser som berör områden som huvudmännen enligt lag är skyldiga att samverka/komma överens om. Dessa överenskommelser ligger med som bilagor till avtalet.

Avtalet har tidigare varit på remiss varav kommunen valde att ett antal lämna synpunkter, se KF § 259 med Dnr KS.2021.544. En del förändringar har gjorts i förslaget sedan remissversionen.

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunerna och regionen. Bakgrunden till att kommunen i samband med ädelreformen 1992 blev en sjukvårdshuvudman beskrivs i prop. 1990/91:14. Syftet var att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg för äldre personer och personer med funktionsnedsättning på särskilda boenden. Det beskrivs att social och medicinsk kompetens skulle integreras. För att uppnå det fick kommunerna ett samlat ansvar för de i det löpande arbetet vanligt förekommande arbetsuppgifterna. Det var en viktig förutsättning för att förbättra vårdkvalitet och för att ge äldre och funktionsnedsatta en trygg och säker vård och omsorg. Det tydliggjordes även att det endast är när specialiserade resurser i hälso- och sjukvården behövs som länsjukvårdens resurser ska användas.

Regionen är den huvudman som är primärt ansvarig för hemsjukvården. Västra Götalandsregionen och kommunerna inom regionen har sedan regionbildningen 1999 en överenskommelse om att ta över ansvaret för hemsjukvård enligt möjligheten i 14 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Regionen har en möjlighet, inte en skyldighet, att lämna över ansvaret för hemsjukvård till kommunen, 14 kap. 1 § HSL. Genom möjligheten att överlåta ansvaret för hemsjukvården utvidgas kommunens kommunala befogenhet, det vill säga uppgifter som ankommer på kommunen enligt kommunallagen (2017:725), KL eller annan speciallagstiftning. Kommun kan med region endast samverka om sina egna kommunala uppgifter eller när det finns stöd genom bestämmelser i lag eller författning. Exempelvis finns det bestämmelser kring samverkan mellan kommuner och regioner kring utskrivningsklara patienter från den slutna vården i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Ovanstående innebär att avtalssamverkan endast kan avse sådant som faller inom den kommunala befogenheten. En kommun eller en region får alltså inte genom avtalssamverkan uppdra åt en annan kommun eller en annan region att utföra uppgifter som den inte får utföra själv. Detta innebär att det på många områden finns hinder mot avtalssamverkan mellan en kommun och en region. Detta följer av 2 kap. 2 § KL. En kommun får inte med stöd av avtalssamverkan utföra uppgifter som ankommer på en region och vice versa, se prop. 2017/18:151 s 33.

Det finns lagstöd för regionen att lämna över ansvaret för hemsjukvård. Var gränsen går mellan den hälso- och sjukvård som kommunen enligt lagstiftning ska eller får bedriva och den hälso- och sjukvård det åligger regionen att ansvara för är i vissa delar oklart. I förarbetena till nuvarande lagstiftning har den hälso- och sjukvård som kommunen har befogenhet att bedriva beskrivits som upp till ”primärvårdsnivå”. Definitionen av primärvård i lagtexten återfinnes i 2 kap. 6 § HSL och primärvårdens grunduppdrag redogörs för i det nya kapitlet 13 a i HSL. Primärvården är ingen statisk vårdnivå utan vilka hälso- och sjukuppgifter som ingår i primärvården kan och kommer troligtvis att förändras över tid.

Ett hälso-och sjukvårdsavtal mellan region och kommun bör alltså endast reglera det gemensamma kompetensområdet, det vill säga primärvården. Förvaltningen ser det därför som positivt att det, efter remissversionen, har skrivits in att kommunens huvudmannaskap är på primärvårdsnivå. Avtalet uppfattas dock inte som helt konsekvent och förvaltningen tolkar avtalet som att det fortfarande finns en otydlighet i ansvarsfrågan. I avtalets inledande stycke står det att ”*Regionen har ansvar för specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens även om insatsen utförs av primärvården*”.

Regionen och kommunen har ett gemensamt huvudmannaskap för primärvården. Om regionen bedömer att den regionfinansierade primärvården även kan utföra specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens behöver det inte regleras i ett avtal med kommunen. Avtalet bör således inte insinuera att någon annan part än regionen ska utföra specialistvårdsinsatser. Hur regionen däremot väljer

att organisera sitt ansvarsområde, det vill säga hur regionen fördelar och begränsar hälso- och sjukvårdsuppgifter inom specialiserad vård och primärvård, mellan de olika aktörerna inom den regionfinansierade vården står det parten, inom sina egna regelverk, fritt att reglera utanför hälso- och sjukvårdsavtalet. Detta eftersom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, enligt förarbetena till nuvarande lagstiftning, har befogenhet att bedriva vårdinsatser *upp till primärvårdsnivå*.

Kännedomen kring problematiken med samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem är inget nytt. Ett antal remissinstanser för den statliga utredningen *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)* tog upp problematiken, där även Västra Götalandsregionen och SKR, se remissyttrande av Regionstyrelsen, Västra Götalandsregionen daterat 2020-09-08, RS 2020-02766. SKR lämnade även genom sektionschef Emma Spak ett särskilt yttrande som bland annat tog upp följande,

”Att säkerställa att varje patient får vård utifrån sina individuella behov och förutsättningar är avgörande för utvecklingen av Nära vård. Som en viktig förutsättning för att möjliggöra detta behandlar utredningen frågan om samverkan mellan regioner och kommuner avseende hälso- och sjukvårdsinsatser inom öppen specialiserad vård i den enskildes hem. I utredningen görs bedömningen att kommuner redan idag kan medverka i sådan vård inom ramen för nu gällande regelverk. Tyvärr riskerar utredningens förslag på detta område att inte vara tillräckliga för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem.”

Fortsättningsvis har SKR även tidigare belyst kompetensfrågan för kommunen kring vård i hemmet, se remissyttrande till Socialdepartementet daterat 2021-10-15, dnr. 21/00855 avseende *SOU 2021:37 Stärkt rätt till personlig assistans* samt remissyttrande till Socialdepartementet daterat 2019-04-12, dnr. 19/00343, gällande promemorian *Behov av hjälp med andning och sondmatning*.

I det sist nämnda remissyttrandet tar SKR även upp ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter. Diskussionen förs främst utifrån hantering av egenvård men resonemangen är ändock i viss del tillämpliga på kommunen som arbetsgivare på vård utöver primärvård.

” Antalet personer som får hälso- och sjukvårdsåtgärder utförda av personal i patientens ordinära bostad ökar, bl.a. tack vare den medicinska och medicintekniska utvecklingen. Möjligheten att få hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet kan dock inte vara beroende av att avancerad hälso- och sjukvård bedöms såsom egenvård. Socialdepartementets förslag till ändring i LSS bör därför justeras. För att på bästa sätt tillgodose behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet bör också, enligt SKL, hälso- och sjukvårdslagen ändras så att gränssnittet mellan sjukvårdshuvudmännen blir mer flexibelt. Kompetensfördelningen mellan regioner och kommuner behöver hanteras, så att

verksamheten kan bedrivas på ett säkert sätt både för patienter/brukare och anställd personal. En idéskiss när det gäller förändringen av HSL bifogas.

SKL vill slutligen understryka att arbetsmiljöriskerna och riskerna för att patienten/brukaren skadas måste tas på allvar. De arbetsuppgifter som utförs av kommunerna måste ligga inom kommunernas kompetensram. Utförs arbetsuppgifter som är så avancerade att stöd inte kan ges av arbetsgivaren och arbetsgivaren inte kan avgöra om de utförs på ett korrekt sätt, kan personalen och deras närmaste chefer hamna i en svår eller omöjlig situation som t.ex. kan leda till arbetsrättsliga frågor om arbetsskyldighet.

Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön (3 kap. 2 § arbetsmiljölagen [1977:1160], AML) och som ska göra riskbedömningar, vidta åtgärder och göra uppföljningar. Riskbedömningar ska göras så att arbetstagare inte utsätts för risker i den fysiska miljön eller risker för att arbetstagarna utsätts för alltför hög arbetsbelastning, stress, bristande arbetsledning och kommunikation. Inträffar en olycka och risker har kunnat förutses och förebyggas, kan arbetsgivaren (chefer – beroende på hur arbetsmiljöuppgifterna fördelats) ställas till svars för arbetsmiljöbrott.

Fackliga organisationer kan påtala och begära riskbedömning och eller åtgärder enligt 6 kap 6 a § arbetsmiljölagen. Leder en sådan begäran inte till att arbetsgivaren agerar kan skyddsombud gå vidare till Arbetsmiljöverket med begäran om förbud eller förelägganden. Skyddsombud kan även stoppa arbetet vid omedelbar och allvarlig fara för arbetstagares liv och hälsa, 6 kap 7 § arbetsmiljölagen, vilket försätter både assistansanordnaren och den berättigade i en svår situation. Arbetsmiljöverket kan även utföra tillsyn och meddela förelägganden eller förbud vid vite vid brister i arbetsmiljön.

Arbetstagare som inte har tillräcklig kunskap för att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder riskerar att skada både brukare och sig själva. Ansvar för skada vid egenvård bedöms enligt allmänna skadestands- och straffrättsliga principer. Vållande till kroppsskada eller sjukdom och/eller arbetsmiljöbrott kan aktualiseras. Även andra arbetsrättsliga frågor kan aktualiseras, av enskilda eller av fackliga organisationer.”

När det gäller ansvar för skador i hälso- och sjukvårdssammanhang regleras det särskilt. Hur hälso- och sjukvårdsavtalet ställer sig till kommunens problematik att kunna planera, arbetsleda och ansvara för vård som ligger utanför dess kommunala befogenhet är obesvarat. Det är förståeligt att försöka minimera antalet inblandade kring och i den enskildes hem, men hur det rent praktiskt ska gå till genom att den kommunala hemsjukvården tar över specialistvård är inte klargjort.

Det uppfattas av förvaltningen som att det finns en diskrepans kring synen mellan utförandet och ansvaret för viss hälso- och sjukvård. Möjligen åsyftas delegering som en tänkbar lösning. Delegering innebär allmänt sett att ansvaret för fullgörandet av en arbetsuppgift genom ett beslut av den som det normalt åvilar att svara för uppgiften, förs över till en annan person, som utan detta beslut inte får utföra den. Vid en delegering överläts en hälso- och sjukvårdsåtgärd från hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för den uppgift som beslutet avser, till en person som saknar formell kompetens för uppgiften, se SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Uppgiftsmottagaren ska vara reellt kompetent för den aktuella uppgiften. Delegationen ska genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning ha visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att delegeras. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med kravet på en god och säker vård, 6 kap. 3 § PSL.

Ett beslut om delegering är personligt och får endast avse en namngiven person och inte en viss yrkesgrupp, det är således inte möjligt att delegera till "enhetens undersköterskor". Den som genom ett delegeringsbeslut tilldelats vissa arbetsuppgifter får i sin tur inte delegera uppgiften till någon annan. Delegeringar kan ske över verksamhets- och vårdgivargränser. En förutsättning är att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som avser att delegera över en verksamhets- eller vårdgivargräns först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

En arbetsuppgift får inte delegeras om det av en bestämmelse i en författning, en instruktion eller liknande framgår att uppgiften är förbehållen en viss yrkesgrupp eller om något liknande formellt eller praktiskt hinder föreligger. I "*Hälso- och sjukvård – gränsdragningsfrågor mellan region och kommun*" daterad 2019-11-20 skriver Ellinor Englund och Anna Åberg, SKR Avdelningen för juridik, att ett formellt hinder för delegering torde vara kommunallagen samt hälso- och sjukvårdslagen varav det framgår att det inte är möjligt för en kommun eller en region att ta hand om sådana angelägenheter som enbart ska handhas av staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan. Sådan hälso- och sjukvård som enbart regionen ska ha hand om kan därmed inte kommunen ansvara för. Att ansvarsgränsen inte är möjlig att ändra genom kommunala beslut eller avtal framgår av RÅ 1997 ref. 9.

Englund och Åberg beskriver även regleringen för medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, 11 kap. 4 § HSL, som bland annat ska ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, 4 kap. 6 § 1 och 4 hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] och att även denna reglering torde påverka möjligheten att delegera över huvudmannaskapsgränsen mellan region och kommun.

Förvaltningen ställer sig frågande till hur MAS ska kunna ansvara för bedömning av att delegeringsbeslut som avser utförandet av specialiserad vård är patientsäker, eftersom det inte

ligger i kommunens uppdrag att tillhanda hålla de resurser som kan komma att krävas för utförandet.

Fortsättningsvis framhävs det i avtalet att fokuset ska ligga på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Att avsikten är att hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna.

Vid goda relationer och samförstånd är denna typ av gränsdragning inte lika viktig som när frågor om ansvar ytterst ska utkrävas. Regionens storlek och antalet kommuner innebär dock att dessa frågor blir allt viktigare. Förvaltningen anser att ansvarsfrågorna måste förtydligas för att avtalet ska kunna ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna när den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter.

Gränsdragning på detaljnivå för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser är en förutsättning för konkreta riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Detta är grunden för att det praktiska samarbetet ska kunna genomföras på individnivån och för att hitta åtgärder för att förhindra eller begränsa risker i patientsäkerheten. Kommunen lämnade synpunkter på parternas ansvarsfördelning i remissvaret, se *KF § 259 med Dnr KS.2021.544*. Synpunkterna har dock inte beaktats eftersom det kvarstår formuleringar som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar. Beroende på hur kommunerna organiserar inskrivningsprocessen till den kommunala hemsjukvården kan det medföra olika bedömningar bland de 49 kommunerna.

Under rubriken *"Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta"* på s.11 i avtalet stadgas det två punkter som enligt förvaltningens bedömning endast bör åligga regionen. Kommunen lämnade vid remisstillfället synpunkter på att dessa skulle strykas från avtalet alternativt förtydligas. Några förtydligande formkrav har inte tillkommit. Dock har rubriken ändrats från *"Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även"* till *"Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta"*.

I dagsläget är den samverkan som sker i den praktiska verksamheten inte helt problemfri när uppfattningen av ansvarsgränser skiljer sig åt. Att då inte tydliggöra formkrav i avtalet ser förvaltningen som en risk för framtida konflikter och att enskilda medarbetare kommer i kläm. Vad som ska ingå i den kommunala primärvården torde bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och regionen, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlig vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare. Inträffar vårdbehovet på en helgdag kan det i praktiken innebära en annan vård och av en annan huvudman. Visserligen förtydligas det att det krävs en överenskommelse innan något kontraktuellt ansvar inträffar men förvaltningen uppmärksammar ändå en problematik med efterföljande punkter.

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt

besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.

- ”Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.”

Ovanstående punkter är otydliga vad gäller patientgrupp och definitionen av överenskommelse. Exempelvis har det tagits fram en tydlig rutin för hälso- och sjukvård i hemmet till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, B7 i avtalet, men inte för hur ovanstående överenskommelser ska hanteras.

Incitamentet för den regionfinansierade primärvården att se över sin organisation och tillgänglighet minskar om den kan lösa bemanningssvårigheter för kväll, helg och natt genom att låta utförandet av vården genomföras av kommunen. Det finns inget som talar för att patientgruppen som berörs av överenskommelsen nödvändigtvis har någon kontakt med hemtjänsten eller den kommunala hemsjukvården sedan tidigare.

Exempelvis framgår det av nationell statistik från Socialstyrelsen att drygt 236 100 personer som var 65 år eller äldre hade kommunalt finansierad hemsjukvård i ordinärt boende någon gång under 2018. Av dessa hade endast 57 procent av kvinnorna och 52 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser, se *Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2020, Socialstyrelsen s. 65*.

Tabell 21. Personer 65 och äldre med kommunal hemsjukvård

Antal och andel (%) personer 65 och äldre som någon gång under 2018 fick kommunal hemsjukvård, fördelat efter kön.

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård)	Antal och andel (%)
Kvinnor med hemsjukvård	141 800
varav med hemtjänstinsats/-er*	81 200 (57 %)
Män med hemsjukvård	94 300
varav med hemtjänstinsats/-er	49 100 (52 %)

* Avser bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.

Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019, Socialstyrelsen.

Bildkälla: Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2020, Socialstyrelsen

I praktiken innebär det att den kommunala hälso- och sjukvården får ett utökat ansvar för patienter som inte nödvändigtvis har en kontakt med kommunens tjänster sedan tidigare. Bakgrunden till ÄDEL-reformen och möjligheten för kommun och region att träffa en överenskommelse om ansvaret för hemsjukvården var att åstadkomma ett smidigt och väl fungerande samspel mellan sociala och medicinska insatser.

Av prop.1990/91:14 framgår att kommunen inte får utföra all hemsjukvård utan endast hemsjukvård som är kopplad till primärvården. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Insatser av tillfällig karaktär som hälso- och sjukvårdspersonal utför i hemmet räknas inte som hemsjukvård utan som öppen hälso- och sjukvård.

Patientgruppen som har permission från slutenvård innefattar med sannolikhet patienter i behov av specialistvård. Hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen har befogenhet att utföra är de som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena ligger på primärvårdens vårdnivå. Om patienter på permission från slutenvård kräver insatser på en annan vårdnivå än den som kommunen har lagligt stöd för att utföra, kan inte kommunen ta över ansvaret för insatserna. Bedömningen som förvaltningen gör är att kommunen riskerar att överskrida sin kommunala befogenhet genom att avtala om utförandet av insatser på en annan nivå än primärvårdsnivån.

De allra flesta arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården är oreglerade, det finns inga särskilda bestämmelser som anger att arbetsuppgiften är förbehållen en specifik yrkesgrupp. Det följer av de allmänna bestämmelserna i HSL att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls och att det bland annat ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges, 5 kap. 1 och 2 §§ HSL. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och som ansvarar för rutiner för delegering. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren huvudansvaret för att en hög patientsäkerhet ska kunna uppnås. Vårdgivaren måste planera, leda och kontrollera sin verksamhet och vid behov vidta åtgärder för att förebygga vårdskador.

Förvaltningen anser att samverkan mellan olika huvudmän och aktörer är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov även i framtiden. Patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet ska få en personcentrerad och samordnad vård där både kommun och region är sjukvårdshuvudmän. Då ser förvaltningen inget problem med att en åtgärd kan vara av initierad av den specialiserade sjukvården och ett ansvar för regionen. Kommunen kan förstås fortfarande delta med det som åligger kommunen, nämligen hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå. För att kunna samarbeta kring detta måste samtliga parter klara av att mötas i individens hem och att ingen får känna sig osäker kring gränsdragningen för sitt uppdrag.

I en vårdåtgärd inom ramen för specialiserad vård, förekommer det att vissa arbetsuppgifter ryms inom primärvårdsnivån. Som en del av ett samordnat personcentrerat arbetssätt kan den kommunala primärvården medverka i den specialiserade vården genom att utföra arbetsuppgifter som faller inom primärvård. Det bedöms dock inte möjligt med nuvarande

lagstiftning att medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården utför arbetsuppgifter som ingår i den specialiserade vården.

Av uppdragshandlingen avseende revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalands län, från SRO daterad 2020-09-02 framgår bland annat ”att till hälso- och sjukvårdsavtalet beskriva, definiera samt ta fram förslag för kommunens respektive regionens ansvar och åtagande för specialiserad hälso- och sjukvård, samordning och samverkan för personer som vårdas i hemmet; till exempel samverkan vid specialiserad palliativ vård, närsjukvårdsteam, dialys och syrgasbehandling i hemmet eller annan specialiserad/avancerad hälso- och sjukvård” samt ”beskriva behovet av resursförändringar hos huvudmännen; t ex kompetens och bemanning.”

Förvaltningen saknar beskrivningar på hur denna samordning och samverkan ska ske. Som avtalet är utformat överläts ansvar för utförande av vård, men det torde reglera hur parterna kan utföra det gemensamma ansvaret kring individen. Exempelvis genom att reglera hur parterna kan mötas i individens hem och befogenheten att utföra olika delar av vården.

Avslutningsvis bör det beaktas att Göteborgsregionen och VästKom har beslutat att rekommendera kommunerna att skriva under avtalet. Förvaltningen har efterfrågat vilka konsekvenser som ett eventuellt nej till avtalet skulle innebära. Något tydligt svar har inte kunnat erhållas utan det har hänvisats att det inte är möjligt att i nuläget helt tydligt beskriva samtliga juridiska konsekvenser av att vissa kommuner skulle teckna avtalet och andra inte, detta då det i flera delar kommer handla om bedömningar och tolkningar. Däremot pågår det ett flertal utvecklingsarbeten som kan komma att påverkas och försenas.

Ekonomisk bedömning

Det pågår idag en omställning av dagens hälso- och sjukvårdssystem, från en vård som av tradition är uppbyggd på akutsjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där alltmer vård ska ske i den enskildes hem. Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner beskriver i vilka sammanhang som regionen överläter skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet för patienter med behov av vård i hemmet över tid. Det är därför av vikt att förändringen mot nära vård arbetas in i avtalet. Förvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskade förtydliganden kring kommunens- respektive regionens primärvårdsansvar. I det avtalsförslaget återfinns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. De ekonomiska konsekvenserna för kommunen kommer således bero på hur avtalet kommer att tillämpas.

Avtalsförslaget innebär att mer av vården ska ske i patientens hem. Det kan i sin tur medföra ökade kostnader för kommunen i form av ökat behov av avlastningsinsatser för anhöriga.

Det är svårt att få en konkret uppfattning av kostnaderna som avtalet innebär. Viss vägledning kan ges av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som 2020 fick i uppdrag att utvärdera omställningen till en God och nära vård. De har i delrapport 2021:8 kommit fram till att det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. Vidare skriver myndigheten att ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar och att ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Myndigheten konstaterar även att ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården. En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården.

Invånarperspektiv

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

Att all hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt, där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling, är viktigt att lyfta fram och görs bra i avtalsförslaget. Avtalet syftar till att samla sjukvården runt den enskilde snarare än att skicka den enskilde mellan vårdinrättningar.

Avtalet saknar dock tydliga gränsdragningar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket är en förutsättning för konkreta riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Detta är grunden för att det praktiska samarbetet ska kunna genomföras på individnivå och för att hitta åtgärder för att förhindra eller begränsa risker i patientsäkerheten.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Kommunen har sedan den så kallade Ädelreformen ansvar för viss hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår vilken hälso- och sjukvård som överfördes till kommunen respektive som kommunen gavs möjlighet att bedriva. Kommunens ansvar omfattar enligt 12 kap. 1 § HSL, hälso- och sjukvård för dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket (särskild boendeform för äldre) eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, (bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning). Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom

beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, det vill säga enskild verksamhet som motsvarar de boenden som nämns i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Kommunerna kan även bedriva hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära bostad. För denna hälso- och sjukvård, hemsjukvård, är regionen den huvudman som är primärt ansvarig. Regionen kan dock träffa avtal med en kommun inom regionen om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård, 14 kap. 1 § HSL. Följden av ett sådant avtal blir att kommunen, och inte längre regionen, bär ansvar för den hemsjukvård som omfattas av avtalet.

Hemsjukvården i ordinärt boende begränsas till att omfatta ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet” (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 2005/06:115 s. 179). Att platsen där hemsjukvård bedrivs är den enskildes hem i det vanliga bostadsbeståndet har förtydligats i den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft den 1 april 2017 genom tillägget ”ordinärt boende” (prop. 2016/17:43 s. 114). Av förarbetena framgår vidare att hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Med en sådan tolkning ingår till exempel inte hembesök vid akut sjukdom i begreppet hemsjukvård.

Hemsjukvård liksom övrig kommunal hälso- och sjukvård är, enligt HSL:s förarbeten, en del av primärvården. Till viss ledning när det gäller att precisera vilken hälso- och sjukvård en kommun har befogenhet att bedriva kan därför definitionen av primärvård vara. Primärvård definieras i 2 kap. 6 § och 13 a kap. HSL.

För personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk är regionen och kommunen, genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, skyldig att ha överenskommelse om samarbete, 16 kap. 3 § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL.

Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård grundar sig i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena HSL och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena SoL. Samordnad individuell planering ska enligt 4 kap. 1-3 §§ lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård erbjudas den enskilde, om denne efter utskrivningen behöver insatser från både kommunen och regionen i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som rör barn.

Remissyttrande

Avtalet har tidigare varit remitterat varav kommunen beslutade att lämna synpunkter, se KF § 259 med Dnr KS.2021.544.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Beslutet genomförs i enlighet med kommunfullmäktiges beslut.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskad tydlighet kring kommunens- respektive regionens primärvårdsansvar. I avtalsförslaget återfinns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför kostnadsökningar samt bemanningsutmaningar för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret.

De allra flesta arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården är oreglerade, det finns inga särskilda bestämmelser som anger att arbetsuppgiften är förbehållen en specifik yrkesgrupp. Det följer av de allmänna bestämmelserna i HSL att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls och att det bland annat ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges, 5 kap. 1 och 2 §§ HSL. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och som ansvarar för rutiner för delegering. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren huvudansvaret för att en hög patientsäkerhet ska kunna uppnås. Vårdgivaren måste planera, leda och kontrollera sin verksamhet och vid behov vidta åtgärder för att förebygga vårdskador.

I dagsläget är den samverkan som sker i den praktiska verksamheten inte helt problemfri när uppfattningen av ansvarsgränser skiljer sig åt. Att då inte tydliggöra formkrav och tydlig ansvarsfördelning i avtalet ser förvaltningen som en risk för framtida konflikter och att enskilda medarbetare kommer i kläm. Vad som ska ingå i den kommunala primärvården torde bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och regionen, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlik vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare. Inträffar vårdbehovet på en helgdag kan det i praktiken innebära en annan vård och av en annan huvudman.

Förvaltningen anser att samverkan mellan olika huvudmän och aktörer är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov även i framtiden. Patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet ska få en personcentrerad och samordnad vård där både kommun och region är sjukvårdshuvudmän. Då ser förvaltningen inget problem med att en åtgärd kan vara av initierad av den specialiserade sjukvården och ett ansvar för regionen. Kommunen kan förstås fortfarande delta med det som åligger kommunen, nämligen hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå. För att kunna samarbeta kring detta måste samtliga parter klara av att mötas i individens hem och ingen får känna sig osäker kring gränsdragningen för sitt uppdrag. Av uppdragshandlingen avseende revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalands län, från SRO daterad 2020-09-02 framgår bland annat ”att till hälso- och sjukvårdsavtalet beskriva, definiera samt ta fram förslag för kommunens respektive regionens ansvar och åtagande för specialiserad hälso- och sjukvård, samordning och samverkan för personer som vårdas i hemmet; till exempel samverkan vid specialiserad palliativ vård, närsjukvårdsteam, dialys och syrgasbehandling i hemmet eller annan specialiserad/avancerad hälso- och sjukvård” samt ”beskriva behovet av resursförändringar hos huvudmännen; t ex kompetens och bemanning.”

Förvaltningen saknar beskrivningar på hur denna samordning och samverkan ska ske. Som avtalet är utformat överläts ansvar för utförande av vård, men det torde reglera hur parterna kan utföra det gemensamma ansvaret kring individen. Exempelvis genom att reglera hur parterna kan mötas i individens hem och befogenheten att utföra olika delar av vården.

Göteborgsregionen och VästKom har beslutat att rekommendera kommunerna att skriva under avtalet. Förvaltningen har efterfrågat vilka konsekvenser som ett eventuellt nej till avtalet skulle innebära. Något tydligt svar har inte kunnat erhållas utan det har hänvisats att det inte är möjligt att i nuläget helt tydligt beskriva samtliga juridiska konsekvenser av att vissa kommuner skulle teckna avtalet och andra inte, detta då det i flera delar kommer handla om bedömningar och tolkningar. Däremot pågår det ett flertal utvecklingsarbeten som kan komma att påverkas och försenas.

Förvaltningens bedömer att ett avtal som beskriver och definierar kommunens respektive regionens ansvar och åtagande för samordning och samverkan för personer som vårdas i hemmet bör tas fram i samförstånd mellan parterna. Förvaltningens bedömning är att kommunen inte bör skriva under det reviderade hälso- och sjukvårdsavtalet.



AVTAL

Hälsa- och sjukvårdsavtal

Huvudavtal med tillhörande överenskommelser (bilagor).
Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan
länets 49 kommuner och region Västra Götaland.

Bilagor:

- Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal primärvård i Västra Götaland
- Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende
- Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

➔ Avtal

Överenskommelse



Läsanvisningar

Detta avtal består av Hälso- och sjukvårdsavtalet (huvudavtal) med fyra tillhörande överenskommelser (bilagor). Avtalet är indelat i tre delar:

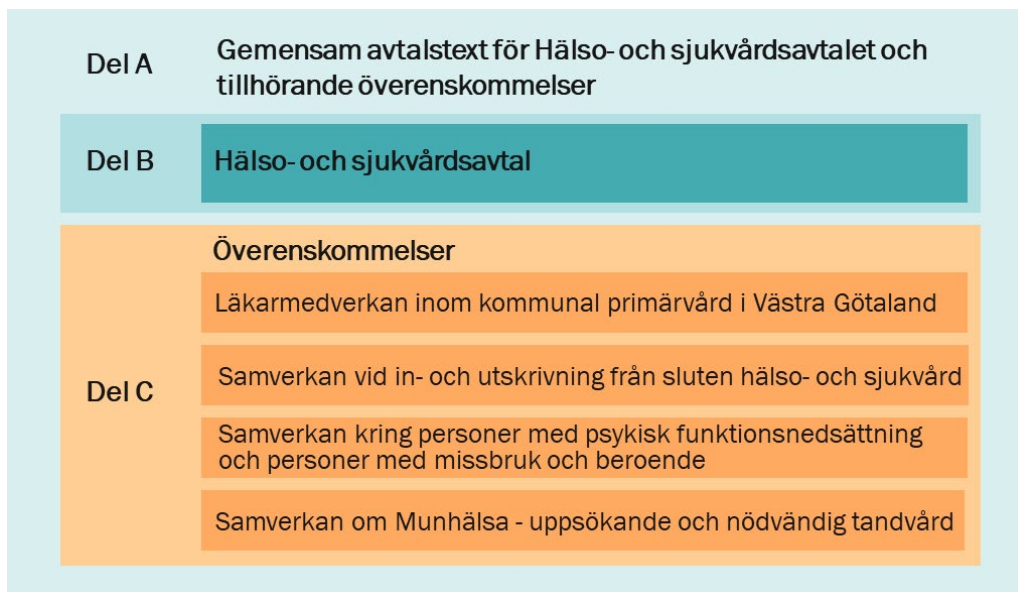
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Del A tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.

Hälso- och sjukvårdsavtalet, del B, ligger till grund för överenskommelserna

Syftet med den här uppdelningen är att skapa en struktur där lagreglerad samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen finns samlad.



Innehåll

Läsanvisningar	2
----------------------	---

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

tillhörande överenskommelser	1
------------------------------------	---

A.1 Inledning	1
A.2 Syfte	2
A.3 Värdegrund	3
A.4 Parternas gemensamma åtagande innebär att... ..	3
A.5 Personcentrerat förhållningssätt	3
A.6 Samordnad Individuell Plan, SIP	3
A.7 Informationsöverföring och planering	4
A.8 Bästa tillgängliga kunskap	4
A.9 Avtalsparter	5
A.10 Avtalets omfattning och uppbyggnad	5
A.11 Avtalstid	5
A.12 Ändringar och tillägg till avtalet	5
A.13 Gemensam samverkansstruktur	5
A.14 Digitalisering och e-hälsa	6
A.15 Uppföljning	6
A.16 Avvikelse	6
A.17 Oenighet om tolkning av avtal	7

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet	8
--	---

B.1 Lagstiftning	8
B.2 Gemensamt ansvar och samverkan	9
B.3 Parternas ansvar	10
B.4 Rehabilitering och habilitering	12
B.5 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård	12
B.6 Vårdhygien	12
B.7 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ..	12
B.8 Förvaring och transport av avliden	13
B.9 Läkemedel	13
B.10 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö	14
B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel	14
B.12 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter	15
B.13 Oreglerade medicintekniska produkter	15
B.14 Tjänsteköp	15
B.15 Gemensamma utvecklingsområden	15

Del C Överenskommelser

Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Del A innehåller avtalsområde som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär. Avtal och överenskommelser utgår från Socialstyrelsens termbank för termer och begrepp.

A.1 Inledning

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR) har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för områden båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för i ett Hälso- och sjukvårdsavtal.

Revideringen inför ny avtalsperiod har även omfattat andra avtal/överenskommelser som är lagreglerade för huvudmännen, dessa ingår som överenskommelser till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Nationellt pågår ett omställningsarbete där både kommunal och regional primärvård, vidare i dokumenten kallat primärvård är navet i vården och samspelar med socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet, Färdplan - länsgemensamma strategin för god och nära vård och tydliggörande av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam analys och uppföljning löpande tas fram. Genom länsgemensam uppföljning och analys samt fortsatt arbete med identifierade utvecklingsområden fördjupas det gemensamma utvecklingsarbetet. Målsättningen är att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård och följsamheten till hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.

Hälso- och sjukvårdens medicinska, digitala och tekniska utveckling får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid. Primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag omfattas av två huvudmän och avser vanligt förekommande hälso- och sjukvårdsinsatser både enkla och komplexa som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Regionen har ansvar för specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens även om insatsen utförs av primärvården.

Den gemensamma politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Följande politiska prioritering har varit vägledande i framtagandet av Hälso- och sjukvårdsavtalet:

- Vad blir bäst för patienten?
- Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
- Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

Avsikten är att Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna.

Parallellt med revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet har en ”Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård”* tagits fram. Färdplanen innehåller de områden som huvudmännen gemensamt prioriterat att kraftsamla kring för att tillsammans utveckla hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland fram till 2030.

*** L Ä S M E R**

[Färdplan Nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

A.2 Syfte

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. Avtalet ska beskriva ansvarsförhållandet mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland samt stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

A.3 Värdegrund

En förtroendefull och öppen dialog mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR är en förutsättning för att tillsammans möta framtidens gemensamma utmaningar.

Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av...

- ett gemensamt ansvarstagande för patientens bästa.
- ett respektfullt bemötande mot både patient och medarbetare som skapar trygghet i vårdkedjan.
- en tillitsbaserad samverkan där patienten är medskapare och upplever insatserna som en välfungerande helhet, oavsett vilken av parterna som utför insatserna.

A.4 Parternas gemensamma åtagande innebär att...

- barnkonventionen ska beaktas i samverkan när det är aktuellt.
- säkerställa att detta avtal med tillhörande bilagor implementeras och görs kända inom de egna verksamheterna.
- ställa krav på att överenskommelser som VGR och kommunen har träffat enligt detta avtal även gäller i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- följa upp efterlevnaden av ingångna avtal.

A.5 Personcentrerat förhållningssätt

Alla insatser patienten behöver från respektive huvudman ska planeras, utvärderas och följas upp tillsammans med patienten. Det ska göras med respekt och lyhördhet för de erfarenheter, önskemål samt kunskap som patienten och/eller dennes närstående eller företrädare har.

Det är viktigt att utgå från patientens egna resurser och målsättningar med insatserna och stärka patientens förutsättningar till egenvård. Verksamheterna ska underlätta och motivera patienten och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

A.6 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen

ska upprättas om kommunen, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Samordnad individuell plan, SIP* ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsnedsättning eller behov och är patientens plan. SIP ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer.

Planering av den medicinska vården ska genomföras, även om den enskilde tackar nej till SIP.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).

*** L Ä S M E R**

[Riktlinje för SIP - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

A.7 Informationsöverföring och planering

Om patienten har behov av kommunal primärvård i hemmet, förutsätter det att parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Patienten ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas*. Ingående parter ska använda den gemensamma IT-tjänsten där informationsdelning sker.

Kravet på informationsöverföring gäller även vid samverkan utanför in- och utskrivningsprocessen.

*** L Ä S M E R**

[Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland, PDF](#)

A.8 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap med evidensbaserad grund och beprövad erfarenhet. Nationella vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Västra Götalands läns gemensamma

styrdokument är stöd för huvudmännen vid prioriteringar och ger vägledning om vilka insatser som i första hand ska erbjudas för personer som omfattas.

A.9 Avtalsparter

Avtalsparter i detta avtal är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen vilka fortsättningsvis i avtalet benämns som parterna. Avtalet gäller under förutsättning att beslut tas av regionfullmäktige respektive kommunfullmäktige.

A.10 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Detta avtal, fortsättningsvis kallat Hälso- och sjukvårdsavtalet, är ett huvudavtal för hälso- och sjukvård som kompletterats med lagstadgade överenskommelser som bilagor. Överenskommelsernas giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet. Varje överenskommelse är direkt underställd Hälso- och sjukvårdsavtalet dvs. ingen rangordning mellan dem.

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1§ samt 16 kap 2 § HSL (2017:30).

Avtalet omfattar även samverkan mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst och vissa andra områden/grupper av betydelse för samverkan.

A.11 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2023-01-01 – 2026-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att skriftligt säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid.

A.12 Ändringar och tillägg till avtalet

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO.

Ändringar och tillägg i Hälso- och sjukvårdsavtalet gäller efter beslut vunnit laga kraft hos samtliga parter. Samma hantering gäller vid ändringar och tillägg i en överenskommelse.

A.13 Gemensam samverkansstruktur

Inom Västra Götaland finns en utvecklad samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. En gemensam samverkansstruktur med politiskt

samrådsorgan, SRO, och ledningsgrupp med tjänstepersoner på länsnivå, Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, delregionala samverkansorgan samt lokala samverkansgrupper.

Den gemensamma stödstrukturen ska bidra till att förvalta och utveckla intentionerna som beskrivs i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Samverkan måste ske på flera organisatoriska nivåer: länsgemensam, delregional och lokal nivå. Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta aktivt i samverkan.

A.14 Digitalisering och e-hälsa

Gemensamma IT- tjänster

Vård- och omsorg är informationsintensiva verksamheter som förutsätter en välfungerande informationsförsörjning mellan individer och olika aktörer. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-tjänster som stödjer ett personcentrerat förhållningssätt kan informationen överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde.

Varje part har ansvar för att IT-stöd är kända hos berörda verksamheter och att riktlinjer och rutiner följs.

Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa och informationsförsörjning är avgörande för att stödja samverkan och gemensamma utvecklingsmål.

2017 tecknade parterna en avsiktsförklaring om Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VGR (exklusive tandvården), privata vårdgivare och länets 49 kommuner. FVM kommer att påverka administrativa processer, standardisering och gemensamma arbetssätt som ska utvecklas i samverkan.

A.15 Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för den länsgemensamma uppföljningen av Hälso-och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser. VVG ansvarar för uppföljningsplan för löpande uppföljning.

A.16 Avvikelse

Den länsgemensamma rutinen för avvikelshantering i samverkan* har tagits fram för att säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser sammanställs och används för ett systematiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling och

lärande i samverkan på alla nivåer. Avvikelse i samverkan ska ge ett gemensamt underlag och integreras i patientsäkerhetsarbete. Gemensamma händelseanalyser ger ett viktigt stöd till förbättringsarbetet.

Avvikelserna ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Alla parter har ett ansvar för analys, åtgärder och uppföljning för att förhindra oenighet.

*** L Ä S M E R**

[Avvikelsehantering - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

A.17 Oenighet om tolkning av avtal

Alla parter har ett ansvar för att uppfylla intentionerna i avtalet. Vid oenighet om tolkning eller tillämpning av Hälso- och sjukvårdsavtalet eller överenskommelser ska det i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt inom vårdsamverkan. I de fall oenighet inte kunnat lösas på lokal eller delregional nivå kan frågan lyftas till länsnivå enligt gemensam riktlinje "Hantering av oenighet på regional nivå - Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)"**.

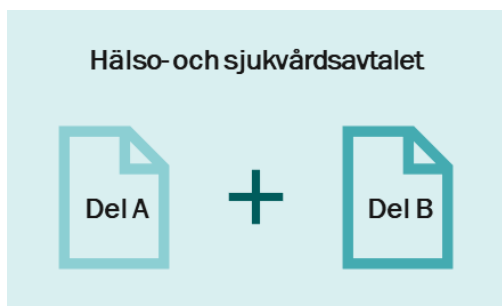
*** L Ä S M E R**

[Riktlinje Hantering av oenighet på regional nivå Vårdsamverkan Västra Götaland \(PDF\)](#)

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

För att få Hälso- och sjukvårdsavtalet i sin helhet behöver du läsa det **tillsammans med Del A**. Del A innehåller avtalstext som är gemensam för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.



B.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för VGR och kommunen. Även övriga lagar och förordningar som berör området ska beaktas.

Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och kommunen regleras i 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§ samt 14 kap. 1 § HSL (2017:30), och ansvaret omfattar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser, tandvårdsförordningen (1998:1338).

Sedan 1 juli 2021 finns ett förtydligande i HSL kring primärvårdens grunduppdrag, 13a kap. 1 § HSL (2017:30). Primärvård är alla de hälso- och sjukvårdsinsatser som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, 2 kap. 6 § HSL (2017:30).

Patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § HSL (2017:30):

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.

- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

För dessa patientgrupper ska länets kommuner och VGR enligt 16 kap. 1 §, HSL, sluta avtal om läkarresurser och formerna för samverkan.

För personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk är VGR och kommunen, genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, skyldig att ha överenskommelse om samarbete (16 kap. 3 § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL).

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag (2018:1197 om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter). Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som rör barn.

Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (lag 2017:612).

Vid den samordnade individuella planeringen (SIP-mötet) ska enheterna upprätta en individuell plan (SIP) i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453).

Samordnad individuell planering (SIP-möte) ska enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (4 kap. 1-3§§) erbjudas den enskilde, om hen efter utskrivningen behöver insatser från både kommunen och VGR i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

För att stärka individens integritet, självbestämmande och delaktighet kompletterar patientlagen (2014:821) regelverket för hälso- och sjukvård.

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

Parterna ska i egenskap av sjukvårdshuvudmän erbjuda en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan VGR ansvarar för insatser utförda av läkare och övriga kompetenser. Tillsammans utgör

professioner från de båda huvudmännen det team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård till målgruppen.

All hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling. Om patienten samtycker kan även närstående vara medskapare.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser personcenteras och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet.

Patientens vård och behandling sker efter beslut eller ordination. Huvudprincipen är att parterna var för sig har ett ekonomiskt ansvar för beslut, ordinationer eller förskrivning som görs av respektive huvudman.

Patientens ska ges möjlighet till fast läkarkontakt inom primärvård enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.

Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges och ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet. I samband med utskrivning från slutenvård ska fast vårdkontakt vara utsedd inom primärvård.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.*

* L Ä S M E R

[Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland](#)

B.3 Parternas ansvar

Regionens ansvar

Västra Götalandsregionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta eller som vistas i Västra Götaland. Ansvaret omfattar öppen och slutenvård, akut och planerad vård.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- Patienter som utan större svårigheter kan besöka VGRs mottagningar och tillgodogöra sig insatsen. I ansvaret ingår hälso- och sjukvård där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär.
- Läkarsatser i hemmet för patienter som omfattas av den kommunala primärvården enligt avtal mellan parterna.

- Erbjudna samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård.
- Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter.
- Specialistvård till patienter inom kommunal primärvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP.

Kommunens ansvar

Kommunal hälso- och sjukvård är en del av primärvården. Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunen har tagit ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL.

Kommunal primärvård omfattar vanligt förekommande vårdbehov, både enkla som komplexa.

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar:

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till Västra Götalandsregionens mottagningar utan större svårighet och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.
- Patienter med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad plan eller SIP.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom primärvård.

Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta:

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som omhändertas av Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutna vård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under

förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

B.4 Rehabilitering och habilitering

Rehabilitering och habilitering är hälso- och sjukvårdsinsatser som följer hälso- och sjukvårdsansvaret och bedrivs av både VGR och kommun i enlighet med detta avtal.

* L Ä S M E R

[Rutiner för samordning av insatser rehabilitering och habilitering 2009, PDF](#)

[Vägledning för rehabilitering och habilitering inom öppenvård för vuxna personer i Västra Götaland, PDF](#)

B.5 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt och beslutat att en patient själv eller vårdnadshavare kan utföra och ansvara för. I de fall då patienten behöver praktisk hjälp med egenvården behöver den legitimerade yrkesutövaren samråda med den som ska hjälpa patienten, för att bedöma samt dokumentera om hälso- och sjukvårdsinsatsen kan ske på ett patient-säkert sätt.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter har parterna fastställt gemensamma rutiner* som ska tillämpas i Västra Götaland.

* L Ä S M E R

[Egenvårdsrutin - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](#)

B.6 Vårdhygien

Både kommunen och Västra Götalandsregionen har ansvar för att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. VGR:s expertenheter för vårdhygien har i uppdrag att bistå kommunerna med vårdhygienisk rådgivning och utbildning i enlighet med Regionalt direktiv för vårdhygienisk verksamhet.

B.7 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Hälso- och sjukvård till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (även kallade papperslösa) är VGR:s ansvar. Detta är enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl och hälso- och sjukvård till papperslösa enligt Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. För dessa personer har kommunen inget hälso- och sjukvårdsansvar, detta gäller även patienter med behov av sjukvård i boendet/hemmet. Det är möjligt att erbjuda kommunal primärvård i hemmet om kommunens och VGR:s verksamhetsföreträdare är överens om detta.

B.8 Förvaring och transport av avliden

Ansvar för omhändertagande av avliden ingår i hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL.

I länsgemensam Riktlinje för förvaring och transport av avlidna* beskrivs samverkan och ansvar vid omhändertagande av avliden, transport av avliden samt regelverk då kommunen önskar köpa bårhusplats av VGR.

* L Ä S M E R

[Riktlinje för förvaring och transport av avlidna](#)

B.9 Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del i hälso- och sjukvården och ingår därmed i regelverk för samverkan mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland.

VGR ansvarar för kostnader, exklusive patientens egenavgift, avseende läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner till enskild patient.

Akutläkemedelsförråd

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter med kommunal primärvård. Akutläkemedelsförråd och dess sortiment beslutas av VGR.

Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t ex antibiotikakur). VGR ansvarar för läkemedelskostnader, transport och kontroll av de kommunala akutläkemedelsförråden.

Öppenvårdsdos

Öppenvårdsdos beslutas av läkare som tar ställning till patientens behov och att kriterier enligt regional medicinsk riktlinje för öppenvårdsdos är uppfyllda.

B.10 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

Personligt förskrivna hjälpmedel omfattar hjälpmedel för det dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling. I Västra Götaland ingår personligt förskrivna hjälpmedel för medicinsk behandling samt läkemedelsnära produkter i hjälpmedel för vård och behandling.

Förskrivning av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter är en del av vård och behandling och följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

Parterna har gemensamt regelverk för förskrivning av produkter inom respektive produktområde. De produktområden som ingår kan förändras på grund av förändringar i lagstiftning samt nya och/eller ändrade diagnostik och behandlingsmetoder.

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel

Försörjning av hjälpmedel är beslutad genom samarbetsavtal mellan region och kommuner samt överenskommelser inom VGR.

Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel, består av riktlinjer och produktanvisningar*, där bland annat kostnadsansvar och förskrivningsrätt beskrivs.

För barn och ungdomar till och med 17 år har VGR kostnadsansvar för de produkter som regleras i Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel. Gällande vuxna är kostnadsansvaret beroende av vilken vårdgivare som har hälso- och sjukvårdsansvaret. För vissa produkter har VGR alltid kostnadsansvaret. I varje produktanvisning anges fördelning av kostnadsansvar för den aktuella produkten.

För att underlätta en obruten vårdkedja kan förtroendeförskrivning ske, vilket innebär att förskrivning får göras på annan sjukvårdshuvudmans kostnadsansvar.

* L Ä S M E R

[Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgr.region.se\)](https://vgr.region.se/handbok-for-forskrivning-av-personliga-hjalpmedel)

B.12 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

Läkemedelsnära produkter omfattar förbrukningsartiklar som används till en del av den medicinska behandlingen i hemmiljö. Försörjning och distribution är beslutad i samarbetsavtal där region och kommun har gemensamt kostnadsansvar (blås- och tarmdysfunktion och nutrition) samt överenskommelse där region har kostnadsansvaret (diabetes, stomi, spolvätskor och trakeostomi*).

* L Ä S M E R

[Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

B.13 Oreglerade medicintekniska produkter

Det finns ytterligare medicintekniska produkter, som används till patienter i deras vardagsmiljö, som ännu inte är reglerade i handbok och har en gemensam försörjningslösning. Generellt gäller att den vårdgivare som förskriver produkten är kostnadsansvarig. Medicintekniska produkter som ordinerats av läkare är ett ansvar för VGR.

För sårsläkningsartiklar och kompressionsförband finns en förteckning där det framgår vilka produkter VGR respektive kommunen har kostnadsansvar för.

B.14 Tjänsteköp

Tjänsteköp kan ske i undantagsfall och föregås av en förfrågan till den andra parten om att utföra en insats. Ansvaret och uppföljningen av insatsen kvarstår dock hos huvudmannen.

Lokala avtal om tjänsteköp kan ingås under förutsättning att båda parter är överens och att det på alla sätt uppfyller Hälso- och sjukvårdsavtalet i övrigt.

I det lokala avtalet kommer parterna överens om formerna för tjänsteköp. I detta bör framgå vem som har mandat att besluta om tjänsteköp och på vilket sätt information och kommunikation sker parterna emellan.

B.15 Gemensamma utvecklingsområden

De länsgemensamma utvecklingsområden som identifierats i samband med revideringen överlämnas för omhändertagande till parterna i gemensamt ansvar.



FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för läkarmedverkan i kommunal primärvård.

Avtal

→ Överenskommelse



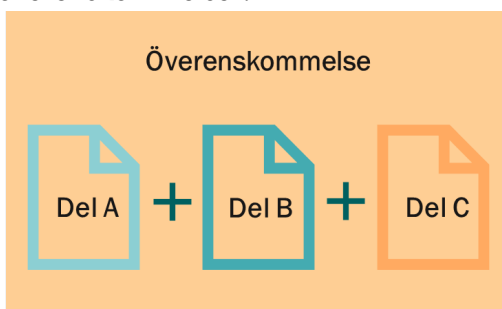
Innehåll

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp	2
3. Syfte	3
4. Gemensamt ansvar	3
5. Parternas ansvar	4
5.1 Regionens ansvar	4
5.2 Kommunens ansvar.....	4
6. Uppföljning	5

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Västra Götalandsregionens läkarmedverkan i kommunal primärvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, som gäller både kring målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § och 2 § HSL (2017:30), som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan kommun och region.

Beslut om kommunal primärvård förutsätter att en planering genomförts där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte sker enligt gällande rutin.

2. Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtal ansvarar Västra Götalandsregionen för läkarmedverkan till de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30).

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

3. Syfte

Att reglera samverkansformerna för läkarmedverkan oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet.

Att skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt där patienten och närstående är medskapare i vård och behandling.

4. Gemensamt ansvar

Parterna ska gemensamt, genom samverkansstrukturen, skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt.

Genom att:

- arbeta proaktivt där patienten och närstående är medskapare i sin samordnade individuella planering som är hållbar dygnets alla timmar.
- utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen, enligt hälso- och sjukvårdslagen.
- säkra informationsöverföringen mellan alla verksamheter.
- planera för en stabil personalkontinuitet med erforderlig bemanning och kompetens för att uppfylla en god och säker hälso- och sjukvård.
- utbyta information vid personal- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.
- samverkansformer och omfattning ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan inklusive bilaga.
- samverka mellan professionerna är en förutsättning för att kunna bedriva en patientsäker och personcentrerad vård.

5. Parternas ansvar

5.1 Regionens ansvar

Läkarens patientansvar

I Västra Götalandsregionens läkaransvar, oavsett organisatorisk tillhörighet eller vårdnivå, ingår bland annat:

- att ge möjlighet till fast läkarkontakt inom primärvård enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.
- att utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser planerat och oplanerat för vård, hela dygnet.
- att tillgodose behovet av palliativa insatser och brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- att ge medicinsk konsultation utifrån ett personcentrerat förhållningssätt till kommunens legitimerade personal.
- att genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse enligt Regional medicinsk riktlinje, RMR.

Vårdcentralens särskilda ansvar

- Tillse att läkare ska vara tillgänglig per direktkontakt för kommunens sjuksköterskor på överenskomna tider och vid akuta situationer hela dygnet.
- Utsedd vårdcentral har behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på korttidsboendet via beslut enligt socialtjänstlagen. Detta oavsett vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval. I närområdesplanen står det fastställt vilken vårdcentral som har ansvaret.
- Medicinskt rådgivningsansvar innebär bland annat att ansvara för råd och stöd till personalen i övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor, att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner och bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamhetsförslag medicinsk fortbildning. Detta ansvar åligger en utsedd vårdcentral enligt närområdesplan. Det innefattar inte patientansvar.

5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal bedömer, utreder, åtgärdar, följer upp, och informerar ansvarig läkare kontinuerligt samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.

- Meddela aktuella mottagningar vid uppstart och avslut av kommunal primärvård.

6. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Uppföljning ska ske årligen av Närområdesplan med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.



FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Avtal

→ Överenskommelse



Innehåll

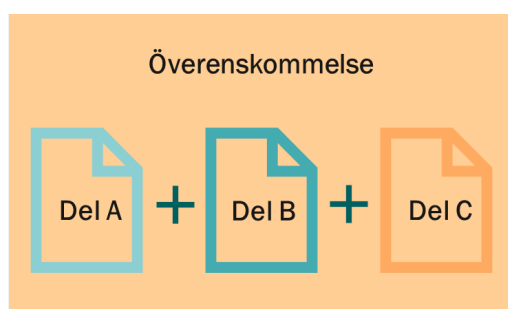
Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna

hälso- och sjukvård	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	3
5. Kommunens betalningsansvar	3
5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret	4
6. Uppföljning	4

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med Del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med Del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, som gäller både kring målgrupper och på individnivå.

2. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar som är i behov av samordnade insatser vid in- och utskrivningsprocessen från slutet hälso- och sjukvård.

3. Syfte

Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska stärka den enskildes rätt till en trygg, säker och effektiv in- och utskrivning, och stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter.

4. Gemensamt ansvar

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att patienter som inte längre har behov av slutenvårdens resurser så snart som möjligt ska skrivas ut. Det är den behandlande läkaren inom slutenvården som bedömer när patienten är utskrivningsklar. Målet är att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska få vård på rätt vårdnivå.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för patienten.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård.
- Använder gällande gemensam IT-tjänst och rutin.
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen med ett personcentrerat förhållningssätt.

Vid återkommande brister i följsamhet till framtagna överenskommelse och/eller riktlinje/rutin eller återkommande betalningsansvar bör region och kommun tillsammans ta fram en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och berörda verksamheter kan ta initiativ till en sådan.

5. Kommunens betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande enligt riktlinjen.
- Slutenvården ska ha meddelat att patienten är utskrivningsklar enligt riktlinjen.
- Om SIP, samordnad individuell plan, ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan enligt riktlinjen.

Förutsättningar för att Kommunens betalningsansvar ska träda in

- Planering finns för insatser av den regionfinansierade öppna vården.
- Insatser från den regionfinansierade öppna vården är tillgängliga för en patientsäker vård i hemmet.

5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * Fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För patienter som är inskrivna inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning från dag 8. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, det vill säga från dag 4, per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

Beloppet fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårdtyg i den slutna vården.

6. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på länsgemensam nivå*.

* L Ä S M E R

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

Avtal

→ Överenskommelse



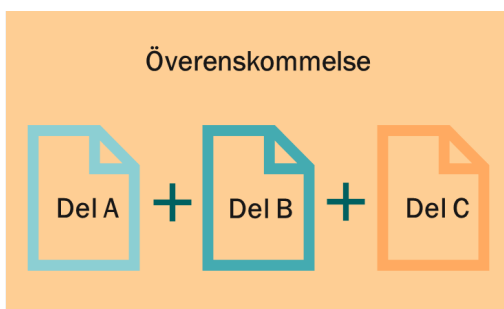
Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	2
1. Inledning	2
2. Målgrupper	2
3. Lagstiftning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt kring personer med missbruk.....	3
4. Syfte	3
5. Gemensamt ansvar och samverkan.....	4
5.1 Brukarinflytande.....	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap	4
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP	5
6. Parternas ansvar	5
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning.....	5
6.2 Personer med missbruk och beroende samt samsjuklighet.....	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård).....	8
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård	12
7. Uppföljning	13

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med Del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med Del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Denna överenskommelse reglerar samverkan mellan regional hälso- och sjukvård samt kommunala verksamheter som lyder under socialtjänstlagen, hädanefter benämnd som "kommun" i dokumentet. Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Det är av särskild vikt att beakta barnens bästa.

2. Målgrupper

Målgrupperna för överenskommelsen är personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning, och personer med missbruk, som har behov av insatser från både kommunens verksamheter och VGR:s hälso- och sjukvård.

3. Lagstiftning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet, i Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, om samarbete kring målgrupperna samt en generell skyldighet att samverka på individnivå.

3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt kring personer med missbruk

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen, SoL, skyldiga att ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Likaså är region och kommun skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Detta enligt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL samt 5 kap. 9 a § SoL.

Skyldigheten att ingå överenskommelser är avsedd att omfatta kommunernas och regionernas offentligrättsliga åtaganden, och överenskommelserna får inte strida mot några föreskrifter. Dvs. överenskommelsen omfattar samtliga kommunala och regionala verksamheter.

3.2 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska tillämpas vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

4. Syfte

Syftet med denna överenskommelse är att personer inom målgrupperna ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGRs verksamheter och upplevs som en välfungerande

helhet. Individerna ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden.

5. Gemensamt ansvar och samverkan

Varje huvudman, region och kommun, har specifikt ansvar över olika delar kring målgruppen. Dessa redogörs för under respektive behovsområde. Visst ansvar är dock gemensamt för parterna.

Parterna ska gemensamt ansvara för att:

- Erbjudna hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Erbjudna stöd till närstående.
- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Arbeta med suicidprevention.
- I samverkansarbetet utgå från ett personcentrerat arbetssätt
- Särskilt beakta barn och ungas rätt till information, råd och stöd.
- Ge handledning i individrelaterade ärenden rörande hur vissa tillstånd kan påverka samt ge generell kunskapsöverföring.

5.1 Brukarinflytande

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka enskildas delaktighet och brukarorganisationers medverkan för att utveckla vård- och stödinsatser. Personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom/missbruk är en viktig källa till kunskap. Det är angeläget att deras erfarenheter och önskemål tas tillvara. Brukare och brukarföreträdare ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande när frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse planeras och följs upp både på lokal, delregional och regional nivå.

5.2 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, vetenskaplig grund och evidensbaserad kunskap.

Nationella riktlinjer visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov. Målet är att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg.

Genom så kallade Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp samt Nationella vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa kan förutsättningarna öka för en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet.

Kunskapsguiden, som innehåller kvalitetssäkrad kunskap, vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

*** L Ä S M E R**

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se)

[Kunskapsguiden \(kunskapsguiden.se\)](http://kunskapsguiden.se)

5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och andra verksamheter ställs det stora krav på samordning. SIP, Samordnad individuell plan, är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

För fördjupad kunskap om SIP, se Hälso- och sjukvårdsavtalet Del A och B.

6. Parternas ansvar

VGR ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som slutenvård. Hälso- och sjukvården ges av kommunalt respektive regionalt finansierad primärvård, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

Kommunens insatser ska under hänsynstagande till den enskildes ansvar för sin situation inriktas på att främja den enskildes ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning. I det enskilda fallet krävs dock oftast en ansökan och en individuell behovsprövning för att få tillgång till insatser. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning består av personer, oavsett ålder, med psykisk funktionsnedsättning som har svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en

person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara direkt effekt av funktionsnedsättningen.

Svårigheterna kan ha funnits över tid, ibland sedan födseln. För vissa personer är funktionsnedsättningen varaktig och livslång.

Länets kommuner och VGR har antagit en gemensam överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa. Målgruppen för denna är alla barn och unga, till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

Regionens ansvar

- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död och uppmärksamma behovet av tandvård.
- Erbjuder samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, förutsättningar och behov av anpassning

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- När behov finns, tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter den enskildes behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Kommunens socialtjänst och skolhuvudmän som bedriver utbildning i kommunen måste samverka med varandra gällande fullföljda studier för denna målgrupp.

6.2 Personer med missbruk och beroende samt samsjuklighet

Målgruppen Personer med missbruk och beroende omfattar personer, oavsett ålder, med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel samt spel om pengar.

Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller dennes omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukare oberoende av mängd, eftersom narkotikainnehav/bruk är kriminaliserat.

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera diagnoser, psykiska och/eller somatiska samtidigt. Samsjuklighet fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning. Samsjuklighet är ofta vanligt vid psykisk sjukdom och vid missbruksproblem. Personer med samsjuklighet löper en större risk för allvarliga skador, sjukdomar och förtida död.

Både kommunen och VGR har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att särskilt uppmärksamma denna problematik hos ungdomar. Båda huvudmännen ska säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.

Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska präglva vården och insatserna.

Regionens ansvar

- Ge tvärprofessionella behandlingsinsatser.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- Erbjud samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar.
- Initiera samverkan kring tillnyktring

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens insatser och verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Erbjudna stöd till boende och sysselsättning.
- Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Kommunens socialtjänst och skolhuvudmän som bedriver utbildning i kommunen måste samverka med varandra gällande fullföljda studier för denna målgrupp.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjudna stöd till anhöriga och närstående.

6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård)

Hem för vård och boende, HVB-hem, är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med någon form av behov inom kommunens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till avlastning för anhöriga eller rehabilitering för individen.

En placering utanför hemmet görs då det bedöms vara nödvändigt utifrån personens behov, antingen efter en ansökan från den enskilde (SoL) eller efter en bedömning av socialnämnden utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, SoL, LVU eller LVM med placering i familjehem, på HVB eller Statens institutionsstyrelses, SIS, institutioner.

Skiljelinjen mellan huvudmännens ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. I realiteten har många personer behov och svårigheter inom flera livsområden. Ofta besväras personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk även av somatisk ohälsa och psykosocial problematik. Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan

därmed omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området.

Gemensamt ansvar

Båda huvudmännen ska utgå från den enskildes bästa med målet att vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin fysiska och psykiska hälsa samt funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.

En gemensam process för hantering av ansvar vid placering är central när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region. Dessförinnan ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda samt att den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom placering utanför hemmet. Resurser i närmiljö/Västra Götaland ska alltid övervägas före placeringar utanför regionen, för att resurserna på bästa sätt ska tillgodose den enskildes insatsbehov samt skapa förutsättningar för kontinuitet. I vissa fall kan det dock vara till den enskildes fördel att placering sker utan hänsyn till geografi, då kvalitet och inriktning på insatsen kan väga tyngre.

Regionens respektive kommunens ansvar

Kommunen har det yttersta samordningsansvaret för placeringen i sin helhet. Vid placering av barn är barnens hälsa och skolgång de enskilt viktigaste faktorerna att ta hänsyn till.

Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser, oavsett boendeform, och har dessutom ansvar för övriga hälso- och sjukvårdsinsatser i boendeformerna HVB, Familjehem och Hem för viss annan heldygnsvård. Personer som har behov av fortsatta insatser, och som placeras i boenden, ska därmed inte avslutas hos aktuell verksamhet inom hälso- och sjukvården. Ansvar för den enskildes hälso- och sjukvårdsinsatser kan aldrig förläggas till boendet.

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag.

Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna. Båda huvudmännen har också rätt att träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget. Denna rätt omfattar enbart det ansvarsområde som respektive huvudman ansvarar för enligt gällande lagstiftning.

Gemensam planering

Inför en placering, där båda huvudmännen är delaktiga, ska en samordnad individuell plan, SIP, så tidigt som möjligt upprättas där ansvarsfördelning tydliggörs.

I de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

Vid placering ska särskilt beskrivas:

- målsättning med placeringen och planerad placeringstid.
- den enskildes behov och önskemål.
- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras och på vilket sätt detta tillförsäkras individen.
- hur skola/sysselsättning tillgodoses.

Då placering sker akut ska en gemensam planering genomföras skyndsamt. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Den enskildes behov av insatser ska alltid säkerställas.

Överenskommelse om kostnadsansvar

I de fall då det kan bli fråga om att insats utförs av annan än huvudmännen är huvudregeln att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till vars och ens ansvar. Detta oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om avtal med annan part upprättats. Avtal och insatser som även omfattar den andra huvudmannens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne, för att kostnadsansvar ska uppstå.

Varje placering ska föregås av en överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, oavsett vilken huvudman som gör placeringen.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras.
- hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses.
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.
- tidsperiod

Då placering sker akut bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 30 dagar efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Oenigheter som uppkommer vid upprättandet av överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, ska lösas i linjeorganisationen. Det innebär att chefer i respektive verksamhet/organisation har i uppdrag att i samverkan hitta en lösning. Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP, eller annan gemensam plan, omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning. Det beslut som slutligen fattas i linjeorganisationen kan innebära en justering i efterhand.

I de fall den enskilde är i behov av både kommunens socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser, och fördelningen mellan dessa är oklar, kan huvudmännen dela på kostnaden. Detta görs då utifrån en schablon där VGR betalar en tredjedel och kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden (33% VGR, 67% kommun), om inget annat är överenskommet. Denna schablon ska användas restriktivt och enbart i de fall då kostnadsfördelningen är oklar och inte på annat sätt kunnat definierats.

Uppföljning av placering

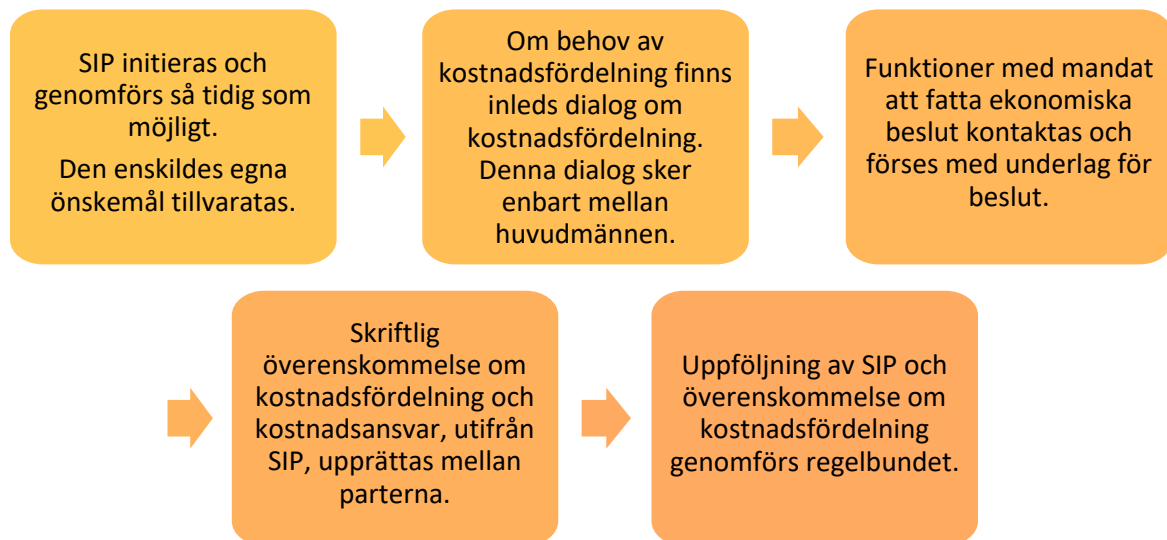
Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter.

När den enskildes behov förändras ska parterna göra nya bedömningar om, och hur, kostnadsfördelningen ska justeras.

Inför avslut av placering ska gemensam planering för vidare insatser göras.

Process för gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering

Följande processbild beskriver de för huvudmännen gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering. Den beskriver inte respektive huvudmans enskilda ansvar i processen.



6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård

En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som motsätter sig nödvändig vård kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått brott kan, i stället för att dömas till kriminalvårdspåföljd, dömas till rättspsykiatrisk vård.

Båda vårdformerna påbörjas alltid i slutenvård men kan omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) via beslut i förvaltningsrätt. Förvaltningsrätt stipulerar de särskilda villkor som den enskilde ska följa utanför sjukhuset. En samordnad vårdplan som beskriver olika parter insatser ska justeras av psykiatri och kommun.

En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för den enskilde.

Regionens ansvar

- Utföra behandling i slutenvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV.
- Besluta om permission från slutenvård.
- Planera och samordna med andra aktörer vid permission från slutenvård.
- Ansöka hos förvaltningsrätten om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Genomföra samordnad vårdplanering, SVPL, vid utskrivning från slutenvård i samråd med kommunen.
- Utföra behandlings- och rehabiliteringsinsatser i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Presenterar för förvaltningsrätten en justerad (undertecknad av parterna) samordnad vårdplan där planerade insatser från olika huvudmän regleras.
- Föreslå förvaltningsrätten de särskilda villkor som den enskilde ska rätta sig efter vid öppen vårdform.
- Erbjuder en SIP vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

Kommunens ansvar

- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt relevant lagstiftning.
- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av Samordnad vårdplan.

- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

7. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende tillämpning, följsamhet samt rapporterade avvikelser. Uppföljning av följsamhet bör ske på såväl individ- som systemnivå.



ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Avtal

→ Överenskommelse



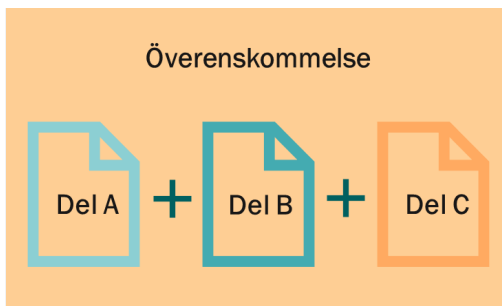
Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....	1
1. Inledning.....	1
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	3
5. Parternas ansvar	3
5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	3
6. Uppföljning och utvärdering.....	6
7. Utveckling och gemensamma utmaningar	7
7.1 Öka andel intyg om N-tandvård	7

Del C, Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats. Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell.

I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Denna överenskommelse upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård.

Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

2. Målgrupp

Bakgrunden till att i tandvårdslagen definiera grupperna har varit bedömningen att dessa grupper omfattar individer, som på grund av sitt stora omvårdnadsbehov, ofta har svårigheter att sköta sin munhygien på ett tillfredsställande vis samt ofta saknar förmåga och insikt om vikten av regelbunden tandvård.

Målgrupp är den personkrets som finns angiven i tandvårdslagen (1985:125) 8 a §:

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
 - a. omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
 - b. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
 - c. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Region/Landsting ska även se till att N-tandvård erbjuds de personer som beskrivs i grupperna ovan (1, 2a, 2b samt 2c).

3. Syfte

Målet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen. Alla individer som har rätt till nödvändig tandvård (intyg om N-tandvård) ska identifieras och erbjudas munhälsobedömning. Syftet med verksamheten är att skapa bästa möjliga förutsättningar för brukare att klara den dagliga munvården.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Överenskommelsen ska förtydliga samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

4. Gemensamt ansvar

Parternas gemensamma åtagande innebär att

- implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter.
- ställa krav på att överenskommelsen som VGR och kommunen har träffat även gäller i avtal med tandvårdsleverantör enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- gemensam uppföljning av överenskommelsen.

5. Parternas ansvar

5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen. I den uppsökande verksamheten ingår att ge årlig munhälsobedömning till individer med intyg om N-tandvård samt erbjuda utbildning i allmän munhälsovård till berörd personal.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- VGR ska, vid behov, vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård.
- VGR ska årligen tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare.
- VGR ska ge kommunen information om eventuell förändring inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.
- VGR ska tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet riktar sig till individer som är berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning, anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera.
- VGR tillhandahåller ett IT-stöd för kommunen, Intygsbeställningen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård, munhälsobedömning, boendeenheter med mera.
- VGR ansvarar för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system.

Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för att behovet av hjälp med daglig munvård beskrivs av tandhygienisten i ett individuellt dokument. I dokumentet beskrivs förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för återrapportering till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning.

Avvikelser

- Om samarbetet med kommunen i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska tandvården lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[N-tandvård och munhälsobedömning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

5.2 Kommunens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- Kommunen ska utse minst en kontaktperson per kommun/stadsdel för kommunikation och informationsutbyte med VGR gällande det som rör intyg om N- tandvård och munhälsobedömning.
- Kommunen ansvarar för att det finns tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst som säkerställer att berättigade individer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om N-tandvård. En intygsutfärdare kan till exempel vara biståndshandläggare, LSS-handläggare, sjuksköterska inom hemsjukvård, socialsekreterare, enhetschef med flera*. Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.

- Kommunen ansvarar för att aktuella uppgifter är registrerade i det IT-stöd, Intygsbeställningen, som VGR tillhandahåller för all administration gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömning. Det är viktigt att det finns rätt boendeadress till individ med intyg om N-tandvård, rätt kontaktuppgift till ansvarig på boende/hemtjänst med mera för att tandvårdsleverantören ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

*** L Ä S M E R**

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

Munhälsobedömning

En munhälsobedömning är en enkel kontroll av munhåla och tänder. Vid en munhälsobedömning dokumenteras förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv. Tips och råd om hur personal kan hjälpa till med daglig munvård ingår i munhälsobedömningen.

Kommunen ska samverka med tandvårdsleverantören gällande utbildning i allmän munhälsovård och munhälsobedömning.

Uppgift om individens behandlare eller vårdgivare av N-tandvård (folktandvård eller privat) ska finnas dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal för att säkerställa regelbunden kontakt med tandvård.

Individer med intyg om N-tandvård som är registrerade att de inte önskar en munhälsobedömning ska årligen erbjudas sådan. Förändrat svar registreras i IT- stödet, Intygsbeställningen.

Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningen. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

Avvikelser

- Om samarbetet med tandvården i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska kommunen lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[Samverkansavvikelse](#)

6. Uppföljning och utvärdering

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen.

VGR ansvarar för att genomförd verksamhet följs upp och rapporteras inom VGR, kommuner och centrala myndigheter. Kommunen är i vissa delar av uppföljningen ansvariga för att rätt uppgifter lämnas till VGR.

VGR sammanställer statistik kring munhälsa från IT-stöden. Återkoppling ges kvartalsvis. Mått som redovisas är bland annat:

- Antal individer med intyg om N-tandvård per kommun.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som önskar munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får nödvändig tandvård.
- Antal deltagare och utbildningstimmar för vårdpersonal i kommunen.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som är registrerade på fel boendeenhet.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som inte vill ha munhälsobedömning när tandvården kommer trots att det är registrerat att de vill.

7. Utveckling och gemensamma utmaningar

7.1 Öka andel intyg om N-tandvård

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det.

Det är parternas gemensamma intresse att öka täckningsgraden för att uppfylla målet.

En beräkning (sammanställd av VGR februari 2017) av andel intyg om N-tandvård per befolkning från 24 år och uppåt visar en variation mellan kommunerna från 1,17 - 3,47 procent.

Den differens som finns mellan olika kommuner kan visa på att det finns individer som har rätt till intyg om N-tandvård men som inte får detta. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 24 år får intyg om N-tandvård.

Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmått

Parterna har ett gemensamt ansvar för att fortsatt utveckla former för kvalitativ uppföljning till exempel utifrån brukare, närstående och omvårdnadspersonal.

Mått som kommer att följas upp är:

- Antal avvikelser som visar på samverkansbrist och skäl till dessa.
- Att samtliga enheter i kommunen under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhälsövård.
- Antal intygsutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder.



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2022.126

Datum: 2022-06-09

Kommunjurist Josefin Thorn Tuvestad

Socialnämnden

Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att föreslå kommunstyrelsen besluta att föreslå kommunfullmäktige att anta Färdplan - Länsgemensam strategi för en god och nära vård.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Den 8 mars ställde sig VästKoms styrelse bakom förslag till Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård och rekommenderade kommunalförbunden att rekommendera kommunerna att ta egna beslut. Färdplanen är en länsgemensam strategi som anger inriktningen för omställningen till en god och nära vård för parterna.

Kommunen har tidigare lämnat synpunkter på Färdplanen, se kommunfullmäktiges beslut 2021-12-20, KF § 260.

Ebba Gierow
Sektorchef

Josefin Thorn Tuvestad
Kommunjurist

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande, 2022-06-09

Färdplan - Länsgemensam strategi för en god och nära vård, 2022-03-29

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Sektorchef sektor socialtjänst

För kännedom:

Kommunjurist

Ärendet

Färdplanen är en övergripande läns gemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som kommun och region gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Kommunen har tidigare lämnat synpunkter på Färdplanen, se kommunfullmäktiges beslut 2021-12-20, KF § 260.

Förvaltningen vill belysa ett antal punkter inför beslutet om att ställa sig bakom Färdplanen.

Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet.

Förvaltningen håller med om att utveckling av mobila team är nödvändig för att förstärka den goda och nära vården i Västra Götaland. Mobil vård finns på både primärvårdsnivå och på specialistnivå. Förvaltningens uppfattning är att det i nuläget främst är genom mobila team som den specialiserade vården tillgodoser behov av specialiserad vård i patientens hem. Utifrån att regionen är enskild huvudman för den specialiserade vården behöver det tydliggöras att de är kliniskt utövande vårdgivare och inte endast ett stöd för vård i hemmet.

Regionens enskilda huvudmannaskap för specialiserad vård gör det inte möjligt att endast primärvården har ett patientansvar dygnet runt. Om regionen inte säkerställer sin organisation med bemanning dygnet runt, alla dagar i veckan, befarar förvaltningen en förväntan från regionen att den kommunala primärvården ska överta vårdåtgärder på specialistnivå på kvällar, nätter och helger.

Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

Färdplanen lyfter fram ett antal grundläggande förutsättningar för att kunna genomföra omställningen till en god och nära vård. Områden som behöver utvecklas för att lyckas nå målet beskrivs. Förvaltningen håller med om innehållet.

Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

Färdplanens beskrivning av gemensamt ansvar för ledning och styrning lyfter fram att ledning och styrningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit i såväl struktur som kultur och faktiska beslut. Förvaltningen anser att huvudmännen och vårdgivare behöver utveckla ett stabilt samarbete.

Genomförande, uppföljning och analys

Under de sista rubrikerna beskrivs processen från strategi till utveckling av nya arbetssätt och implementering på lokal nivå. Förvaltningen anser att det är viktigt att varje steg i den föreslagna genomförandeprocessen följs. Bristen på gemensamma data för uppföljning, prioritering och förbättringsarbete för läns-gemensam uppföljning och analys gör det angeläget att ta fram gemensamma indikatorer för att följa utvecklingen mot en god och nära vård.

Ekonomisk bedömning

Det är svårt att få en konkret uppfattning av kostnaderna som strategin innebär eftersom det ytterst kommer att avgöras utifrån hur strategin kommer att implementeras i det praktiska arbetet. I Färdplanen återfinnes en beskrivning av mobilnärsvård. Nuvarande beskrivning av mobilnärsvård innebär troligtvis betydande kostnader och bemaningsutmaningar för kommunen.

Invånarperspektiv

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Kommunen har sedan den så kallade Ädelreformen ansvar för viss hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår vilken hälso- och sjukvård som överfördes till kommunen respektive som kommunen gavs möjlighet att bedriva. Kommunens ansvar omfattar enligt 12 kap. 1 § HSL, hälso- och sjukvård för dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket (särskild boendeform för äldre) eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, (bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning). Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, det vill säga enskild verksamhet som motsvarar de boenden som nämns i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Kommunerna kan även bedriva hälso- och sjukvård i den enskildes ordinära bostad. För denna hälso- och sjukvård, som vanligtvis benämns hemsjukvård, är regionen den huvudman som är primärt ansvarig. Regionen kan dock träffa avtal med en kommun inom regionen om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård, 14 kap. 1 § HSL. Följden av ett sådant avtal blir att kommunen, och inte längre regionen, bär ansvar för den hemsjukvård som omfattas av avtalet.

Hemsjukvården i ordinärt boende begränsas till att omfatta ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet” (prop. 1990/91:14 s. 60, prop. 2005/06:115 s. 179). Att platsen där hemsjukvård bedrivs är den enskildes hem i det vanliga bostadsbeståndet har förtydligats i den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft den 1 april 2017, genom tillägget ”ordinärt boende” (prop. 2016/17:43 s. 114). Av förarbetena framgår vidare att hemsjukvården är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Med en sådan tolkning ingår till exempel inte hembesök vid akut sjukdom i begreppet hemsjukvård.

Hemsjukvård, liksom övrig kommunal hälso- och sjukvård, är enligt HSL:s förarbeten en del av primärvården. Till viss ledning när det gäller att precisera vilken hälso- och sjukvård en kommun har befogenhet att bedriva kan därför definitionen av primärvård vara. Primärvård definieras i 2 kap. 6 § och 13 a kap. HSL.

Remissyttrande

Kommunen har tidigare lämnat synpunkter på Färdplanen, se kommunfullmäktiges beslut 2021-12-20, KF § 260.

Behandlad enligt lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Beslutets genomförande

Beslutet genomförs i enlighet med kommunfullmäktiges beslut.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningens bedömning är att Färdplanen är en övergripande läns-gemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som kommun och region gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Beaktande regionens enskilda huvudmannaskap för specialiserad vård är det inte möjligt att endast primärvården har ett patientansvar dygnet runt. Om regionen inte säkerställer sin organisation med bemanning dygnet runt, alla dagar i veckan, befarar förvaltningen en förväntan från regionen att den kommunala primärvården ska överta vårdåtgärder på specialistnivå på kvällar, nätter och helger. Dock bedöms Färdplanen vara en läns-gemensam strategi och inte innebära direkta förpliktelser. Förvaltningen bedömer att kommunen bör anta Färdplan - Läns-gemensam strategi för en god och nära vård.



STRATEGI

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Gällande länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen

Riktat sig till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.



Innehåll

1	Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård	2
2	Begreppet god och nära vård	3
3	Varför behövs en omställning för en god och nära vård?	3
3.1	Utmaningar inom demografin	3
3.2	Bristande samordning	3
3.3	Ekonomi	4
4	Syfte	4
5	Parter	5
6	Giltighetstid	5
7	Målbild Västra Götaland	5
8	Prioriterade målgrupper	6
9	Sex steg för att förändra och utveckla arbetsätt i samverkan	6
9.1	Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser	6
9.2	Utveckla Personcentrerade arbetsätt	7
9.3	Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen	8
9.4	Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen	8
9.4.1	Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt	9
9.4.2	Fast omsorgskontakt	9
9.4.3	Samordnad individuell plan, SIP	9
9.4.4	Patientkontrakt	9
9.5	Utveckling av arbetsätt med stöd av digitalisering	9
9.6	Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet	10
10	Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan	10
10.1	Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik	11
10.2	Gemensam vårdinformation	11
10.3	Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan	11
10.4	Kompetensförsörjning	12
10.5	Verksamhetsutveckling och implementering	12
11	Gemensamt ansvar - Ledning och styrning	13
12	Från Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård till genomförande	13
13	Läns gemensam uppföljning och analys	14



1 Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. God och nära vård är riktningen i omställningsarbetet.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Den ska beakta barnkonventionens mål samt de länsgemensamma mål som sätts i den Regionala utvecklingsstrategin (RUS). Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen - länsgemensamma strategin för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland har olika ansvar, resurser och kunskaper, strategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Ingen kan lösa dessa utmaningar på egen hand, men tillsammans kan vi bidra till en omställning mot en god och nära vård.

Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommun och Västra Götalandsregionen, VGR samt en gemensam målbild som visar riktningen.

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen har i färdplanen valt att använda begreppet *den enskilde*; med det menar vi individ, patient, brukaren, eleven eller invånare.

2 Begreppet god och nära vård

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården är inte en ny organisationsnivå, det är heller inte en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt synsätt och ett arbetssätt som ser annorlunda ut mot det vi idag har i Västra Götaland.

Den närmsta vården är det som den enskilde kan ge sig själv: egenvården och det stöd kommuner och regionen kan ge för att möjliggöra det. I den nära vården är den enskilde och dess anhöriga medskapare till vården som har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade specialistvård. Delar av den kommunala socialtjänsten, sjukhusvård, specialiserad öppenvård, ungdomsmottagning, elevhälsa, civilsamhället men även statliga myndigheter blir del av den nära vården.

Hälso- och sjukvården består av många organisationer och den nära vården innehåller hela eller delar av dessa verksamheter, den inkluderar också övergångarna och hur väl vi förmår att överbygga dessa och skapa en god och nära vård för den enskilde. För att klara det skapar vi nya arbetssätt så som mobila team, använder e-hälsans möjligheter, arbetar mer preventivt och proaktivt samt möter problemen uppströms.

3 Varför behövs en omställning för en god och nära vård?

3.1 Utmaningar inom demografien

Den stora ökningen av de som är 80 år och äldre, kombinerat med en relativt sett lägre ökning av de som är i arbetsför ålder leder till att verksamheterna inom välfärdens områden inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär ett behov av effektivare arbetssätt, mer hälsofrämjande och förebyggande arbete och att verksamheten behöver bli mer teknik- och digitaliseringsorienterade samt att samverkan måste öka.

3.2 Bristande samordning

Myndigheten för vård och omsorgsanalys är en myndighet under socialdepartementet som har uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sitt stöd, sin vård och omsorgsinsatser. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har

bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att den enskilde kan behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

Mycket tyder på att samordningen i Sverige brister. I jämförelse med andra länder anser till exempel en mindre andel av de svenska patienterna att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera vården som andra verksamheter gör. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, jämfört med 80 procent i länderna med bäst resultat. Inom socialtjänsten saknas dessvärre större studier av hur brukarna uppfattar samordningen men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område (Vård- och omsorgsanalys).

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre stöd, vård och omsorg. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar.

3.3 Ekonomi

Omställningen mot god och nära vård, den pågående digitaliseringen samt att vi måste minska väntetider inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på resursfördelningen. Arbetet måste vara långsiktigt. En resursöverföring från specialistvård till primärvård handlar inte enbart om ekonomi. Det handlar även om en succesiv överföring eller att tillgängliggöra resurser till den nära vården.

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av största vikt, samtidigt bör det ekonomiska perspektivet kompletteras med övriga resurser i en löpande och transparent process.

Välfärdens resurser ska räcka till mycket, vår demografiska situation visar på fler äldre och färre i arbetsför ålder de kommande åren.

4 Syfte

Syftet med Färdplanen - läns gemensamma strategin är att stödja omställningen till en god och nära vård, att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplan - läns gemensam strategin för god och nära vård är en övergripande strategi och ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring.

Följande politiska prioritering ska vara vägledande i framtagandet av färdplanen och Hälso- och sjukvårdsavtalet:

1. Vad blir bäst för brukaren/patienten?
2. Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
3. Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

5 Parter

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunal primärvård, förskola- och skolverksamhet, regional primärvård, specialistvård, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.

6 Giltighetstid

Målsättningen är att färdplanen ska vara långsiktig och ange färdriktningen mot 2030. Avstämning med fördjupad uppföljning ska ske 2024 och 2028.

7 Målbild Västra Götaland

Målbilden ska ge en vägledning för hur vår samverkan kring hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland ska vara utformad för att ge våra invånare förutsättningar för ett bra liv oavsett ålder eller diagnos.

En god och nära vård

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.



8 Prioriterade målgrupper

Vården behöver komma närmare patienten. Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser och samordning från både region och kommun oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Samverkan ska särskilt beakta barnkonventionens mål.

Det innebär att alla berörda parter ska prioritera tid och resurser för samordning och samverkan. Det centrala är den personcentrerade vården som utgår från den enskildes förutsättningar och behov.

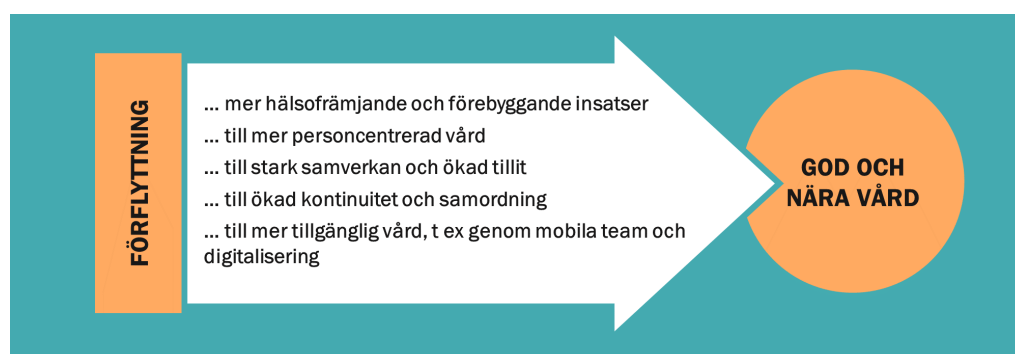
9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

För att uppnå målbilden för god och nära vård behöver stöd, vård och omsorgsstrukturen förändras. Förstärkning av en mer god och nära vård behöver ske i tätt samspel mellan den enskilde och huvudmännen som har ansvar för samma invånare.

Sex förändrade arbetssätt:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Utveckla personcentrerade arbetssätt
3. Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen
4. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta.



9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället. För att bidra till en mer jämlik hälsa och därmed minska skillnaderna behöver

det hälsofrämjande och förebyggande arbetet få en högre prioritering i det vardagliga arbetet.

Tidiga insatser med familjebaserade arbetssätt och möjligheter till utbildning är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland.

Att ge stöd till individens egenvård och till anhöriga/närstående är angelägna områden.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är också angeläget för att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart när fler lever längre med kroniska sjukdomar och vi får en äldre befolkning. Minskade hälsoklyftor och bättre möjligheter till utbildning för barn, unga och vuxna är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland. Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll.

Arbetet behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården och inom den kommunala vård och omsorgen.

Vi behöver gemensamt utveckla områden inom folkhälsan

- social hållbarhet
- stöd för individens egenvård
- stöd till anhöriga/närstående
- socialsamhället och frivilliga/volontärverksamhet.

Den digitala utvecklingen kan bidra till såväl förebyggande som hälsofrämjande insatser. Alla människor ska ha möjlighet till ökad kontroll över sin egen hälsa, att kunna fatta informerade beslut och i större utsträckning klara sig själva. Olika digitala stödprogram, egenmonitorering och lättillgänglig information är exempel på nya arbetssätt.

Huvudmännen bör var och en samt gemensamt öka tillgängligheten till förebyggande insatser. Särskilt fokus på gemensamma målgrupper.

9.2 Utveckla Personcentrerade arbetssätt

Inom hälso- och sjukvården pågår en utveckling till personcentrerade arbetssätt. Det personcentrerade arbetssättet syftar till att patienten är en medskapare i sin vård utifrån sina behov, erfarenheter och resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Arbetssättet innebär att utgångspunkten är den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera patienten och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen. En person kan vara delaktig i vårdprocessen och beslut i olika

hög grad och som professionell är det viktigt att i kommunikationen vara lyhörd för varje persons preferenser.

Med detta som utgångspunkt görs en samordnad individuell plan (SIP) där patient och/eller närstående samt parter är delaktiga i hela processen. Delaktighet är grundläggande i personcentrerat arbetssätt och innebär bland annat att det finns utrymme för patienten och/eller närstående att uttrycka frågor och eventuell oro.

9.3 Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen

En av de viktigaste åtgärderna för att öka kraften i genomförandet är en organisationskultur baserad på tillit. Alla grupper i samverkan ska tydliggöra och skapa förutsättningar för en stark samverkan. I detta arbete krävs att struktur som hänger samman och att avtal och andra styrande dokument speglar en vilja av samsyn, samverkan och tillit.

Några exempel från Socialstyrelsen som har lyfts fram särskilt som stöd för omställning mot en god och nära vård är följande:

- Attityd- och kulturförändring för en god och nära vård som främjar samverkan
- Kunskap om styrning och ledning av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för chefer i kommuner och regioner för att underlätta samverkan
- Personcentrerat bemötande i såväl fysiska som digitala möte

9.4 Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen

Vi behöver säkerställa kontinuiteten inom stöd, vård och omsorgsprocesser. I god och nära vård spelar kontinuitet en viktig roll, främst för den enskilde men också för verksamhetens effektivitet. När kontinuiteten brister är det sannolikt att den enskilde söker stöd, vård och omsorg i högre utsträckning. Genom kontinuitet i vård- och stödkontakten möjliggörs en relation som skapar tillit och trygghet hos den enskilde. Det ökar förutsättningarna för god och säker vård och omsorg. Det är särskilt angeläget för multisjuka i alla åldrar.

Inom ramen för arbetet med Färdplan läns gemensamma strategin för god och nära vård ska den samordnade individuella planen, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt utvecklas och stärkas.

9.4.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda samordnarfunktioner som är lagreglerade. Den fasta läkarkontakten samordnar vården mellan olika vårdenheter. En fast vårdkontakt bör kunna bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården samt för socialtjänst och andra myndigheter.

9.4.2 Fast omsorgskontakt

Med en fast omsorgskontakt i socialtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Om rollen ges vissa förutsättningar kan den bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör ett viktigt stöd till anhöriga och närstående samt i det tvärprofessionella arbetslaget.

9.4.3 Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP är den enskildes dokument och samtidigt ett verktyg för samverkan. SIP ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsnedsättning eller behov och är patientens plan. SIP ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola/skola ställs det stora krav på samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

9.4.4 Patientkontrakt

Patientkontrakt består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan patienten och vården. Det har tillkommit för att uppnå delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan inom regionens olika verksamheter. Patientkontraktet görs i första hand vid planering inom regionen och en SIP genomförs när det krävs samverkan mellan region och kommun.

9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering

Teknisk utveckling, digitalisering och automation är starka drivkrafter i utvecklingen av vård och omsorg. Nya arbetssätt och verktyg inom e-hälsoområdet utgör ett viktigt stöd och vård och omsorgen behöver utvecklas och organiseras gemensamt för att säkerställa kontinuitet, trygghet och resurseffektivitet.

9.6 Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

Mobil nära vård gör det möjligt för patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att få vård i sitt eget hem, såväl ordinärt boende som särskilda boendeformer. Hälso- och sjukvård i hemmet bygger på samverkan mellan kommunens socialtjänst, primärvård (kommun och region) samt den specialiserade vården. Primärvården har patientansvar dygnet runt. Ett väl fungerande samarbete mellan primärvårdens två huvudmän och den specialiserade vården utifrån ett personcentrerat arbetssätt skapar trygghet och kontinuitet för både patient och medarbetare vilket leder till minskat behov av akuta vårdbesök.

Den medicinska utvecklingen samt utvecklingen inom medicinteknik och digitalisering möjliggör andra arbetssätt exempelvis digitala vårdmöten och egenmonitorering.

Målsättning för all hälso- och sjukvård är att ge förutsättningar för att patienten ska få ett självständigt liv med delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser.

10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

För att utveckla en god och nära vård i samverkan finns det grundläggande förutsättningar som behöver stärkas för att kunna genomföra de förändringar som krävs.



10.1 Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik

Digitaliseringen genomsyrar dagens samhälle. Rätt använd skapar digitaliseringen trygghet vilket stödjer den enskilde till egen vård och minskar därigenom behovet av vård. Det kan också bidra till ökad tillgänglighet och patientsäkerhet. Samtidigt ökar behovet av att ta hänsyn till bedömningar av risk, etik och sårbarhet, bland annat kopplat till personlig integritet. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan information presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde. Därmed kan personal inom stöd, vård och omsorg, oberoende av geografiska, organisatoriska eller tekniska gränser, planera och utföra insatser av hög kvalitet.

För personalen ska e-hälsolösningar vara ett konkret stöd. De ska göra det enklare att fatta beslut, minska administrationen och ge mer tid till det personliga mötet med patienter och brukare.

Stöd och behandling via digitala tjänster samt digitala vårdmöten är redan etablerade arbetssätt. Dock behöver tjänsterna vidareutvecklas och bli en del av allas vardag. En samordnad utveckling är nödvändig i länet.

10.2 Gemensam vårdinformation

En patientsäker vård bygger på att information om den enskilde som behövs för vårdens genomförande finns tillgänglig. För att skapa en gemensam plattform krävs både samverkan och gemensamma arbetssätt. Digitalisering och informationsmiljö hänger tätt ihop och behöver prioriteras i samverkan.

10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

För att säkerställa kvaliteten i god och nära vård är det angeläget med löpande kompetensutveckling inom alla delar av välfärdens område. Det gäller alla personalkategorier. Utbildningsåtgärder behöver gemensamt struktureras så att de enklare kan integreras och bidra till nya arbetssätt.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom vård och omsorg och omfattar områdena; kunskapsstöd, uppföljning och analys. På sikt kan en gemensam informationsmiljö göra ny kunskap tillgänglig genom beslutsstöd och digitala utbildningar.

Informationsmiljön behöver på sikt även omfatta socialtjänstens område för att säkerställa helhetsperspektiv för den enskilde.

Vikten av forskning, utveckling och implementering av ny kunskap behöver lyftas fram. Den gemensamma tvärprofessionella forskningen inom välfärdens

område kan ge oss nödvändig kunskap om hur helheten för den enskilde kan utvecklas.

Förutom att ta fram kunskapsstöd och implementera dem, behövs metoder för att omsätta ny kunskap till praktiskt arbete och att analysera resultat. Det ska sedan omsättas och integreras i löpande förbättringsarbete och lärande på ett systematiskt sätt.

En gemensam, långsiktig och stabil struktur för kunskapsutveckling i länet ska ingå i arbetet framöver.

Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer. Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer.

Framtagandet av Läns gemensamma medicinska riktlinjer har startat. Detta ger oss en möjlighet att utforma vårdens processer på ett patientsäkert och gemensamt sätt.

10.4 Kompetensförsörjning

Vi behöver lösa vårdens och omsorgens kompetensförsörjning på ett långsiktigt, hållbart sätt och säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Vi behöver gemensamt bedöma tillgång och efterfrågan på personal och erbjuda kompetensutveckling och utbildningsstöd till våra medarbetare. Att attrahera och behålla kompetens är en gemensam investering. En samlad dialog med utbildningsanordnare och planering av verksamhetsförlagd utbildning stärker vård- och omsorgsområdet som helhet. Det gör vi för att invånarna i Västra Götaland ska få tillgång till god vård på lika villkor.

10.5 Verksamhetsutveckling och implementering

Verksamhetsnära forskning och utveckling, med aktiv medverkan av den enskilde, kan tillsammans skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och nära vård. Den enskildes medverkan i utvecklingen av god och nära vård är en förutsättning för att utveckla innovativa lösningar och nya arbetssätt.

För att nya verktyg och arbetssätt ska få genomslag krävs implementering. Det räcker sällan med att upprätta riktlinjer för att få genomslag inom verksamheterna. En ny riktlinje och/eller rutin måste förankras lokalt för att implementeringen ska lyckas.

Vi behöver utveckla utförandet av stöd, vård och omsorg inom god och nära vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

11 Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

Huvudmän och vårdgivare behöver utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa ett gott stöd och en god vård och omsorg. Det är viktigt att den enskilde är med och har inflytande över sin vård och behandling.

Inblandade – regionens olika verksamheter och kommunen, genom social- och skolförvaltning med flera – har ett särskilt ansvar att leda arbetet tillsammans. Brist på tillit mellan huvudmännen försvårar uppdraget till att utveckla en god och nära vård. Den samlade ledningen och styrningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit, i såväl struktur som kultur och faktiska beslut.

Ledarskapet och dialogens betydelse är viktig för att skapa förutsättningar för mod, vilja och uthållighet hos chefer och medarbetare i de förändringar som krävs.

Inom Västra Götaland finns sen flera år tillbaka en utvecklad samverkan inom Vårdsamverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Samrådsorganet (SRO) samt Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, är den regionala ledningsstrukturen för samverkan mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Det finns sex delregionala vårdsamverkansområden. Samverkan behöver ske på flera organisatoriska nivåer: läns gemensam, delregional och lokal nivå.

12 Från Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård till genomförande

Färdplanen - läns gemensamma strategin för god och nära vård är ett dokument som anger inriktningen av utvecklingen inom god och nära vård för alla berörda aktörer och målgrupper. Till strategin kopplas handlingsplaner utifrån målgrupp med gemensamt framtagna aktiviteter, mål och indikatorer.

På delregional nivå är uppdraget att vara ett stöd i implementering och uppföljning samt upprätta struktur för samverkansarenor mellan kommunerna och VGR på delregional och lokal nivå

Det är på lokal nivå; det där som det verkligen händer: utveckling av nya arbetssätt, implementering sker och utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt.

Kommuner och regionen behöver fortsätta utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa en god hälsa, vård och omsorg. Samarbetet behöver stärkas och utvecklas på lokal nivå och bli en del av det vardagliga arbetet.

LÄNSGEMENSAM UTVECKLINGSSTRATEGI



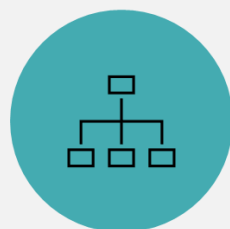
Inriktningen

HANDLINGSPLANER UTIFRÅN MÅLGRUPP



Aktiviteter, mål och indikatorer

DELREGIONAL NIVÅ



Stöd och struktur i implementering och uppföljning

LOKAL NIVÅ utveckling av nya arbetssätt, implementering sker



Utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt

13 Läns gemensam uppföljning och analys

Utifrån Färdplan - läns gemensamma strategin för god och nära vård, hälso- och sjukvårdsavtalet och tydliggörande av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam analys och uppföljning löpande tas fram. Målsättningen att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård.

Verksamheternas tillgång till gemensamma data för uppföljning, prioritering och förbättringsarbete är en viktig utvecklingsfråga. Inom ramen för SKR pågår ett arbete med att ta fram förslag till indikatorer inom nära vård.

Ytterligare sätt att följa arbetet är att analysera de avvikelser som sker i samverkanssituationer. Analyser av avvikelser ska göras lokalt, delregionalt samt läns gemensamt och ligga till grund för ett ständigt förbättringsarbete.



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.9

Datum: 2022-06-02

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Rapportering av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 1 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

notera rapporten samt att den tillställs kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

Sammanfattning

Beslut som ej är verkställda inom tre månader rapporteras enligt rutinen för inrapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Rapporteringen har skickats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, i enlighet med socialnämndens skyldighet.

Under kvartal 1 2022, 2022-01-01 till 2022-03-31, har fyra nya beslut rapporterats in som ej verkställda inom tre månader.

Av tidigare rapporterade ej verkställda beslut har ett verkställts, fyra har avslutats utan verkställighet och fyra beslut är fortsatt ej verkställda. Se statistikrapport med rapporteringstillfälle 2022-04-26 för mer information.

Mattias Leufkens
Administrativ chef

Annika Johansson
Systemförvaltare

**Beslutsunderlag**

Tjänsteutlåtande Rapportering av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 1 2022, 2022-04-26

Statistikrapport, rapporteringstillfälle 2022-04-26

Beslutet skickas till:

För kännedom

Kommunfullmäktige

Kommunrevisionen

**Ekonomisk bedömning**

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttranden

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Rapportering av ej verkställda beslut enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Rutin för inrapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Beslutets genomförande

Efter beslut sänder nämndsekreterare protokollsutdrag för kännedom till kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

Förvaltningens bedömning

Kommunen är skyldig att rapportera beslut som ej verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och gör därför det.



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.9

Datum: 2022-05-24

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Statistikrapport avseende ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kvartal 1 2022

Rapporteringstillfälle: 2022-04-26

Ansvarig rapportör: systemförvaltare Annika Johansson

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som inte är verkställda inom tre månader

Nya beslut som ej är verkställda inom tre månader, redovisning för kvartal 1 2022 (från och med 2022-01-01 till och med 2022-03-31).

För att beslut ska rapporteras som *nya* ej verkställda beslut i kvartal 1, ska besluten vara tagna inom perioden 2021-10-01 till och med 2021-12-31.

Antal nya ej verkställda beslut	4	Varav antal som gäller insatser till: Bostad m särskild service 2 Korttidstillsyn 1 Daglig verksamhet 1	Kvinnor: 0 Män: 4	
Specificering av nya beslut som inte är verkställda inom tre månader				
Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Kommentar
1372730	2021-12-03	Bostad med särskild service	Funktionsstöd	2022-04-26 Den enskilde har beslut om boende som verkställs på barnboende inom Ale kommun. Information om handläggning skickad 2021-12-03. Under första kvartalet har flera försök till telefonkontakt tagits med god man. Advaktar lämpligt

				ledigt boende.
1372649	2021-12-02	Bostad med särskild service	Funktionsstöd	2022-04-26 Den enskilde har fått information och upplysningar om handläggning. Anhörig har informerat om särskilda önskemål om ort i Ale kommun.
1371643	2021-11-18	Korttidstillsyn	Funktionsstöd	2022-04-26 Den enskilde har korttidsvistelse som är verkställd. Anhörig anser att korttidstillsyn inte behövs i nuläget och har därför tackat nej till insatsen.
1371259	2021-11-10	Daglig verksamhet	Funktionsstöd	2022-04-26 God man har gjort en ansökan om förhandsbesked då den enskilde har funderingar på att flytta till Ale kommun.

Tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § LSS som rapporterats som ej verkställda och avslutade

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Avslutat	Kommentar
1349291	2021-03-17	Kontaktperson	Funktionsstöd	2022-04-11	2021-10-25 Beslutet har varit verkställt i början av 2021, men den enskilde valde att avsluta verkställigheten. Verkställigheten saknar ny lämplig uppdragstagare. 2022-01-25 Verksamheten har en eventuellt lämplig kontaktperson. Vidare kontakt med uppdragstagare kommer att tas

					under vecka 3 2022. 2022-04-11 Ärendet har avslutats då den enskilde inte har tagit emot det förslag som lämnats av verkställigheten.
1358592	2021-03-24	Kontaktperson	Funktionsstöd	2022-01-24	2021-08-25 Verksamheten har ej funnit lämplig uppdragstagare. 2021-10-25 Verksamheten lämnar förslag på uppdragstagare till anhörig 2021-08-09. 2021-09-17 meddelar den enskilde att hen inte längre vill ha insatsen. 2022-01-25 Verksamheten har lämnat ett erbjudande men den enskilde tackar nej 2021-07-17. Socialsekreterare söker den enskilde för ett formellt beslut om ev avslut av beslutet. 2022-04-11 Den enskilde meddelar 2022-01-24 att han avsäger sig insatsen.
1331179	2020-01-08	Bostad med särskild service för vuxna, LSS	Funktionsstöd	2022-03-24	2020-08-18 Saknar lämplig ledig bostad i kommunen. Samtal med god man 2020-08-18, kommer

					<p>inom kort att erbjudas alternativt boende. Den enskilde har andra insatser i väntan på att beslutet kan verkställas.</p> <p>2020-10-19 Muntligt erbjudande om lägenhet lämnas till den enskilde. Den enskilde uttrycker att hen inte vill bo på orten där lägenheten finns. Vill endast bo i en speciell ort i kommunen, men inte i det boende som finns på orten.</p> <p>2021-01-28 Erbjuden boendeplats 2020-12-18, men tackar nej till erbjudandet då den enskilde inte vill bo på den aktuella orten i Ale kommun.</p> <p>2021-04-26 Saknar lämplig ledig boendeplats i kommunen. Den enskilde har särskilda och specifika önskemål/krav om boende.</p> <p>2021-07-29 Den enskilde erbjuds verkställande genom köpt plats i annan kommun, i väntan på plats i Ale kommun.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Den enskilde tackar nej, har särskilda och specifika krav på boende och ort i kommunen.</p> <p>2021-10-25 Verksamheten saknar lämplig ledig boendeplats på önskat boende i Ale kommun.</p> <p>2022-01-25 Den enskilde har tackat nej tidigare under året. 2021-05-07 erbjuden köpt plats i annan kommun, tackar nej. Enskild har särskilda och specifika krav på boende och bostadsort i kommunen. Verksamheten har 2021-12-22 sökt god man för konversation men utan framgång.</p> <p>2022-04-26 Den enskilde får erbjudande 2022-02-22 om bostad, tackar nej. 2022-03-24 meddelar god man att den enskilde avsäger sig insatsen.</p>
1348417	2020-10-14	Kontaktperson	Funktionsstöd	2022-03-10	2021-04-26 Den enskilde har fått annan insats. Om den insatsen fungerar kommer kontaktperson inte

					<p>att vara aktuellt. Verksamheten avvaktar med verkställande.</p> <p>2021-08-13 Verksamheten har ej lyckats hitta lämplig uppdragstagare.</p> <p>2021-10-25 Verksamheten har sökt anhöriga för att lämna förslag på uppdragstagare men har under perioden inte lyckats få kontakt.</p> <p>2022-01-25 Verksamheten har lämnat ett erbjudande om kontaktperson 2021-10-26. Verksamheten har sökt den enskilde för bekräftelse men har ännu inte nått hela vägen fram.</p> <p>2022-04-26 Den enskilde har av sagt sig insatsen då han anser att den inte längre behövs.</p>
--	--	--	--	--	---

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § LSS, som verkställts

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Verkställt	Kommentar
1347914	2020-10-05	Ledsagarservice	Funktionsstöd	2022-02-11	2021-04-26 Insatsen har ej verkställts på grund

					<p>av de restriktioner som gäller på grund av rådande pandemi. Den enskilde önskar ledsagning till aktiviteter som innebär vistelse i folksamlingar.</p> <p>2021-08-13 Önskemå om ledsagning har inte kunnat verkställas till följd av de restriktioner som FHM tagit fram. Ny kontakt skall tas i höst.</p> <p>2021-10-25 Verksamheten planerar att ta kontakt med den enskilde nu när pandemirestriktionerna har hävts.</p> <p>2022-01-25 Verksamheten har en lämplig erbjuda, möte är inbokat 2021-01-18 som på grund av rådande pandemi blir inställt. Nytt möte kommer att bokas in under de närmsta veckorna.</p> <p>2022-04-26 Beslutet verkställt när pandemirestriktioner hävts.</p>
--	--	--	--	--	---

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut, enligt 9 § LSS, som fortfarande ej är verkställda

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Kommentar
1366978	2021-08-27	Kontaktperson	Funktionsstöd	<p>2022-01-25 Den enskilde har själv lämnat förslag på uppdragstagare, verksamheten inväntar svar och underlag ifrån utvald uppdragstagare för vidare hantering.</p> <p>2022-04-26 Den enskilde har haft eget önskemål av utförare, varav någon tackat nej och någon är under utredningsprocess, men svår att nå.</p>
1339769	2020-05-14	Bostad med särskild service för vuxna, LSS	Funktionsstöd	<p>2020-10-19 Ale kommun saknar ledig bostad till den enskilde. Kommer att erbjudas externt boende under oktober månad. Har andra insatser i väntan på ledig bostad.</p> <p>2021-01-28 Finns ingen lämplig ledig bostad att erbjuda.</p> <p>2021-04-26 Erbjuden köpt plats i annan kommun, men tackar nej. Ingen lämplig ledig plats finns att erbjuda i kommunen.</p> <p>2021-07-29 Den enskilde erbjuds verkställande genom köpt plats i annan kommun. Den enskildes gode man uppger att det inte är av intresse.</p> <p>2021-10-14 Den enskilde får erbjudande om boende 2021-09-14 men tackar nej. Endast intresserad av specifik ort i Ale kommun.</p> <p>2022-01-25 Verksamheten har haft uppföljningssamtal med god man där den enskilde blivit erbjuden boende 2021-12-17. Den enskilde väljer att tacka nej, den enskilde har specifika krav på verkställighet i form av bostadsort i kommunen.</p>

				2022-04-26 Familjen och god man har särskilda önskemål om placering och särskild ort. Dialog med enskild har skett kontinuerligt. Planering finns för verkställande av beslut i nybyggnation enligt dialog med god man samt enligt önskemål från anhöriga. Planerad inflytt årsskiftet 2022/2023.
1347175	2020-09-23	Bostad med särskild service för vuxna, LSS	Funktionsstöd	<p>2021-01-28 Saknar lämplig ledig bostad i Ale kommun.</p> <p>2021-04-26 Erbjuden köpt plats i annan kommun. Den enskilde har specifikt önskemål. Önskar endast boende som är under byggnation. Den enskilde har andra insatser i väntan på verkställande.</p> <p>2021-07-29 Den enskilde erbjuds verkställande genom köpt plats i annan kommun, tackar nej. Den enskilde trivs bra hemma och önskar endast bo på specifikt boende i kommunen.</p> <p>2021-10-25 Den enskilde erbjuds verkställighet genom köpt plats 2021-09-29 men tackar nej. Den enskilde har önskemål om specifikt boende i Ale kommun.</p> <p>2022-01-25 Den enskilde har blivit erbjuden köpt plats 2021-12-22, finns inbokat motiveringsmöte under januari, den enskilde har specifikt krav på boende inom kommunen.</p> <p>2022-04-26 Specifika önskemål om särskilt boende i gruppbostad. 2022-03-02 stödbehovsmätning och motivationssamtal till att ta emot erbjudande om annan bostad med särskild service.</p>

1347940	2020-10-06	Korttidsvistelse /Stödfamilj	Funktionsstöd	<p>2021-04-26 Den enskilde har särskilda önskemål gällande utförare av insatsen korttidsvistelse i stödfamilj. Rekryteringsprocess pågår för att söka lämplig uppdragstagare.</p> <p>2021-08-13 Verksamheten har ej hittat lämplig uppdragstagare. Vårdnadshavare har även uttryckt att detta är rätt beslut och är tveksamma till att det ska verkställas.</p> <p>2021-10-25 Verksamheten saknar lämplig uppdragstagare. Socialsekreterare är informerad om att anhöriga ställer sig tveksamma till insatsen.</p> <p>2022-01-25 Verksamheten har eftersökt lämplig stödfamilj men har ännu inte funnit någon lämplig uppdragstagare.</p> <p>2022-04-26 Verksamheten har ej hittat lämplig stödfamilj.</p>
---------	------------	---------------------------------	---------------	--



Sektor socialtjänst

Diarienummer:S.N.2022.8

Datum: 2022-06-02

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kvartal 1 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

notera rapporten samt att den tillställs kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

Sammanfattning

Beslut som ej är verkställda inom tre månader rapporteras enligt rutinen för inrapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL. Rapporteringen har skickats till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, i enlighet med socialnämndens skyldighet.

Under kvartal 1, 2022-01-01 till och med 2022-03-31, har tre nya beslut rapporterats in som ej verkställda inom tre månader.

Av de beslut som tidigare rapporterats in som ej verkställda har tre verkställts och två har avslutats utan verkställighet. Ett beslut är fortsatt ej verkställt. Se statistikrapport med rapporteringstillfälle 2022-04-26 för mer information.

Mattias Leufkens
Administrativ chef

Annika Johansson
Systemförvaltare



Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453),
SoL, kvartal 1 2022, 2022-04-26

Statistikrapport, rapporteringstillfälle 2022-04-26

Beslutet skickas till:

För kännedom:

Kommunfullmäktige

Kommunrevision

**Ekonomisk bedömning**

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Invånarperspektiv

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Remissyttranden

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

Rapportering av ej verkställda beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) SoL.

Rutin för inrapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen.

Beslutets genomförande

Efter beslut sänder nämndsekreterare protokollsutdrag för kännedom till kommunfullmäktige och kommunrevisionen.

Förvaltningens bedömning

Kommunen är skyldig att rapportera beslut som ej verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och gör därför det.



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2022.8

Datum: 2022-05-24

Systemförvaltare Annika Johansson

Socialnämnden

Statistikrapport avseende ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kvartal 1 2022

Rapporteringstillfälle: 2022-04-26

Ansvarig rapportör: Systemförvaltare Annika Johansson

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som inte är verkställda inom tre månader

Nya beslut som ej är verkställda inom tre månader, redovisning för kvartal 1 2022 (från och med 2022-01-01 till och med 2022-03-31).

För att beslut ska rapporteras som nya ej verkställda beslut i kvartal 1, ska besluten vara tagna under perioden 2021-10-01 till och med 2021-12-31.

Antal ej verkställda beslut äldreomsorg	2	Varav antal som gäller bistånd till:	Kvinnor: 1 Män: 1
Antal ej verkställda beslut funktionshinder (SoL)	1	Varav antal som gäller bistånd till:	Kvinnor: 0 Män: 1
Antal ej verkställda beslut individ- och familjeomsorg	0	Varav antal som gäller bistånd till:	Kvinnor: 0 Män: 0

Specificering av nya beslut som inte är verkställda inom tre månader

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Kommentar
1373786	2021-12-21	Särskilt boende	Äldreomsorg	2022-04-26 Den enskilde bor idag på särskilt boende i Mölndals kommun, vill endast flytta till ett specifikt boende i Ale kommun, där ingen ledig plats har funnits.
1370753	2021-11-01	Särskilt boende	Äldreomsorg	2022-04-26 Den enskilde får erbjudande om boende 2022-01-13 men tackar nej, vill

				endast bo på specifikt boende i Ale kommun, där det inte finns något ledigt boende.
1373345	2021-12-15	Kontaktperson	Funktionsstöd (SoL)	2022-04-26 Den enskilde har själv haft önskemål om utförare vilket efter utredning ej godkänts. Verksamheten har påbörjat sökning efter annan uppdragstagare.

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som rapporterats som ej verkställda och avslutade

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Avslutat	Kommentar
1366245	2021-08-17	Särskilt boende	Äldreomsorg	2022-03-08	2022-01-25 Verksamheten lämnar ett erbjudande om särskilt boende 2021-11-05. Den enskilde tackar nej. 2022-04-26 Den enskilde känner inget behov av särskilt boende, fungerar bra med hemtjänst.
1361005	2021-05-06	Särskilt boende	Äldreomsorg	2022-02-04	2021-10-11 Den enskilde har erbjudits plats på boende, men tackar nej. Önskemål om specifikt boende i Ale kommun. 2022-01-25 Verksamheten har lämnat erbjudande 2021-12-17. Den

					<p>enskilde har ännu inte på grund av rådande pandemi kunnat bekräfta eller avvisa erbjudandet.</p> <p>2022-04-26 Den enskilde känner inte längre behov av insatsen, fungerar bra i hemmet.</p>
--	--	--	--	--	---

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som verkställts

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Verkställighet	Kommentar
1320477	2019-06-24	Kontaktfamilj SoL	Individ och familjeomsorgen	2022-02-27	<p>2019-10-17 Verksamheten saknar lämplig uppdragstagare, sökning pågår.</p> <p>2020-01-31 Verksamheten saknar lämplig uppdragstagare, sökning pågår</p> <p>2020-04-21 Kontakt är tagen med socialsekreterare för att gemensamt utforska nätverket ytterligare.</p> <p>2020-07-07 Verksamheten har ej funnit lämplig uppdragstagare.</p> <p>2020-10-22 Verksamheten har ej funnit lämplig uppdragstagare.</p>

					<p>2021-01-28 Under november 2020 utreds förslag på kontaktfamilj. Föreslagen kontaktfamilj avböjer uppdraget.</p> <p>2021-04-26 Verksamheten har ej funnit lämplig uppdragstagare.</p> <p>2021-07-29 Uppstartsmöte med föreslagen kontaktfamilj har bokats men sedan avbokats av olika orsaker. Nytt uppstartsmöte är inbokat under hösten.</p> <p>2021-10-13 Verksamheten har ej funnit lämplig uppdragstagare.</p> <p>2022-01-25 Uppdragstagare finns föreslagen. Uppstartsmöte behöver bokas in, ordinarie socialsekreterare är sjukskriven.</p> <p>2022-04-26 Beslutet verkställt då lämplig uppdragstagare hittats.</p>
1357667	2021-03-10	Särskilt boende	Äldreomsorg	2022-03-01	2021-07-29 Den enskilde har fått erbjudande om boende, men tackat

					<p>nej. Önskar boende för finsktalande, som finns i annan kommun.</p> <p>2021-10-11 Den enskilde står i kö till boende i annan kommun, önskar inte flytta till boende i Ale kommun med hänsyn till särskilt behov av språk.</p> <p>2022-01-25 Den enskilde har specifika krav på boende med finsktalande personal. Den enskilde står på kö till finsktalande boende i annan kommun.</p> <p>2022-04-26 Beslutet är verkställt på boende inom Ale kommun.</p>
1367363	2021-09-06	Särskilt boende	Äldreomsorg	2022-02-01	<p>2022-01-25 Verksamheten har lämnat erbjudande 2021-12-20. Den enskilde tackar ja med planerad inflytt februari 2022.</p> <p>2022-04-26 Beslutet är verkställt på erbjuden boendeplats.</p>

Rapportering av tidigare inrapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL, som fortfarande ej är verkställda

Beslut nr.	Beslutsdatum	Typ av bistånd	Verksamhet	Kommentar
1359500	2021-04-13	Särskilt boende	Funktionsstöd (SoL)	<p>2021-10-14 Behovet av stöd ser för tillfället annorlunda ut för den enskilde, varför boende i kommunen inte anses lämpligt i nuläget. Den enskilde har tillfälligt boende i annan kommun, i väntan på att bostad i Ale kommun anses lämplig.</p> <p>2022-01-25 IFO verkställer beslut om köpt stödboende, där personen har avvikit ifrån, nytt beslut är fattat om att köpa plats. Vilket inte har kunnat erbjudas eftersom personen har avvikit från stödboendet.</p> <p>2022-04-26 Insatsen verkställs 2022-02-24 genom köpt plats. Verkställigheten avslutas 2022-03-03 på grund av specifik incident. Ale kommun köper stödboende i väntan på annat boende.</p>



Sektor socialtjänst

Diarienummer: S.N.2022.182

Datum: 2022-06-10

Verksamhetschef särskilda boenden och hälso- och sjukvård Ann-Sofie Borg
Socialnämnden

Återöppning av avdelning på Fridhems särskilda boende, Surte

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

uppdra åt sektor socialtjänst att återöppna avdelning på Fridhems särskilda boende vid den tidpunkt under 2022 och i den omfattning som sektorn bedömer nödvändig.

Motivering till beslut

Bedöms ej tillämplig i detta ärende.

Sammanfattning

Under 2018 hade sektor socialtjänst en överkapacitet av bostäder inom särskilt boende för äldre, vilket ledde till att 28 bostäder stängdes och har sedan dess förblivit stängda. 10 av de stängda platserna hyrs ut genom samverkansavtal till Kungälv kommun. Med anledning av att besluten om särskilt boende ökade under 2021 beslutade socialnämnden under hösten 2021 att öppna den stängda enheten på Klockareängen med 8 bostäder. Under våren 2022 har sektorn återigen svårt att erbjuda kommuninvånare med beviljat bistånd en bostad inom särskilt boende. Den bästa lösningen för att möta dessa behov och den uppkomna situationen är att återöppna den stängda avdelningen med tio lägenheter på Fridhems äldreboende i Surte.



Ann-Sofie Borg
Verksamhetschef Särskilda boenden och hälso- och sjukvård

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande återöppning av avdelning på Fridhems särskilda boende Surte, 2022-06-10

Beslutet skickas till:

För vidare hantering:

Verksamhetschef särskilda boenden och hälso- och sjukvård

För kännedom:

Sektorchef sektor socialtjänst

Controllers sektor socialtjänst

Sektor service

Ärendet

Under 2018 hade sektor socialtjänst en överkapacitet av bostäder inom särskilt boende för äldre, vilket ledde till att 28 bostäder stängdes och har sedan dess förblivit stängda.

Besluten om särskilt boende har ökat det senaste året och väntas fortsätta öka, varför sektor socialtjänst ser ett behov av fler bostäder i drift inom särskilt boende. Under hösten 2021 ökade antalet biståndsbeslut om särskilt boende från cirka 15 till drygt 30 och med vetskap om fler ansökningar fattade Socialnämnden beslut 2021-10-13 om att återöppna avdelning Nordäng, på Klockareängen med inflyttning 2022-01-02. Under våren 2022 har återigen antalet beslut om särskilt boende ökat och sektorn har svårt att i tillräcklig utsträckning erbjuda bostad inom särskilt boende. Antalet icke verkställda beslut om särskilt boende har på kort tid ökat från 15 till drygt 20 och hälften av dessa individer kan inte, på grund sina omfattande behov, lämna korttidsenheten där de befann sig när de beviljades insatsen särskilt boende.

Verksamhetsområde särskilda boenden och hälso- och sjukvård har gjort en översyn av möjliga lösningar för att i närtid lösa den uppkomna situationen. Den lösning som bedöms mest lämplig är att återöppna den stängda avdelningen med tio lägenheter på Fridhems särskilda boende i Surte. Sektorn önskar möjligheten att avväga vid vilken tidpunkt och i vilken omfattning avdelningen ska öppnas för att möjliggöra att lösningen hamnar så nära de samlade behoven som möjligt.

Ekonomisk bedömning

Nettokostnaden för att driva avdelningen med 10 bostäder på Fridhem under innevarande års sista fyra månader 2022 beräknas till 2 500 000 kr. Viss komplettering av inventarier behövs motsvarande cirka 80 000 kr. Detta ryms inom årets investeringsram. Beräkningen innebär förutom tillsättning av undersköterskor både dagtid och nattetid även viss ökning av sjuksköterske-, fysioterapeut- och arbetsterapeuttjänster. Lokalkostnaden har sektor socialtjänst haft under perioden som avdelningen varit stängd och innebär därmed ingen ökad kostnad. Inte heller någon tillkommande kostnad för mat är beräknad, utan förutsätts ingå i resurstilldelningsmodellen i kommunens fördelning av budgetramar. Nettokostnad för helår beräknas till 8 miljoner kronor.

Invånarperspektiv

I sektor socialtjänsts uppdrag ingår att tillgodose behov som finns för sektorns målgrupper. I detta ingår bostäder inom särskilt boende.

Hållbarhetsperspektivet

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Lagstiftning och kommunala styrdokument

En kommun är enligt 5 kap. 5 § i socialtjänstlagen (2001:453) skyldig att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd.

Remissyttrande

Området har beaktats, men inte bedömts tillföra ärendet något ytterligare underlag.

Beslutets genomförande

Efter beslut om att uppdra åt sektor socialtjänst att återöppna avdelningen på Fridhem genomför verksamhetsområde särskilda boenden och hälso- och sjukvård öppnandet vid den tidpunkt och i den omfattning som sektorn bedömer nödvändig.

Förvaltningens bedömning

Sektor socialtjänst har utifrån den uppkomna situationen med ökat antal beslut om platser i särskilt boende gjort bedömningen att den bästa lösningen för att möta behovet av nya bostäder är genom att öppna den stängda avdelningen på Fridhems särskilda boende samt att sektorn ges möjlighet att besluta om datum för öppnande samt antal bostäder, kopplat till den då aktuella situationen.